



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

März 1983

## Zur Kenntnis genommen:

Die Herstellung einer Zeitschrift bringt es mit sich, daß Manuskripte schon recht frühzeitig vorliegen müssen, damit die Druckerei nicht in Verzug kommt. Auch der Leitartikel muß – wenn man dem gestrengen Blick der für die rechtzeitige Auslieferung Verantwortlichen standhalten will – etwa drei Wochen vorher abgeliefert werden, damit der Umbruch nicht aufgehalten wird. Also schreibe ich am Faschingsdienstag – einem Tag, an dem mein Haus eine Insel der Ruhe ist, in einem wogenden Faschingsmeer. Aber was nützt die schönste Ruhe angesichts der vor uns liegenden Ungewißheit? Morgen, am Aschermittwoch, wird das Bundesverfassungsgericht verkünden, ob überhaupt gewählt werden darf. Es wäre kaum zu verstehen, wenn die Richter jetzt, nachdem die Wählerkarten schon im Hause sind und der Wahlkampf dem Höhepunkt zustrebt, noch nein sagen würden. Die viel größere Ungewißheit liegt im Wahlergebnis selbst. Werden die Wähler begreifen, daß freie Marktwirtschaft, Entfaltung der Leistungsbereitschaft, weniger staatliche Gängelung und vor allem Opfer erforderlich sind, wenn wir wieder Boden unter die Füße bekommen wollen? Werden sie einsehen, daß das „Soziale Netz“ zwar sicher bleiben muß, aber nicht überspannt werden darf? Jeder Arzt hatte Gelegenheit, gesundheitspolitische Programme zu lesen und sich zu überlegen, welches Programm die freie ärztliche Berufsausübung, die freie Arztwahl, die Selbstverwaltung und Vertragsfreiheit am besten respektiert und sichert. Den Gedanken, der Ärger über die neue amtliche Gebührenordnung oder die Negativliste können das Wahlverhalten eines Arztes bestimmt haben, weise ich für uns alle zurück. So kurzsichtig kann kein Arzt sein. Das hat überhaupt nichts zu tun mit unserer nachdrücklichen und fachlich berechtigten Kritik an beldem. Im übrigen werden wir unsere unverzichtbaren Forderungen für eine bestmögliche Versorgung unserer Patienten und auch freie Berufsausübung gegenüber Parlament und Bundesregierung nach dem 6. März wie bisher hartnäckig vertreten.

Ein anderes Thema hat in diesen Tagen wieder einmal die Gemüter erhitzt. Von selten der gesetzlichen Krankenkassen wurde den Krankenhäusern erneut vorgeworfen, sie würden durch Selbsteinweisung von Patienten ihre überzähligen Betten füllen. In Zeitungsberichten wurden auch die „Belegärzte“ in diesen Vorwurf einbezogen. Der Sprecher der Kassen hat uns ausdrücklich versichert, daß er selbst von Belegärzten nicht gesprochen habe. Dies wäre auch – so betonte er ausdrücklich – überhaupt nicht möglich, weil ein Kassenarzt als Belegarzt mit seinen stationären Fällen stets in die Gruppe der kassenärztlichen Einweisungen fällt, und die sind bekanntlich deutlich zurückgegangen.

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft hat jetzt schweres Geschütz aufgetahren und die Kanonen nicht nur auf die Kassen, sondern gleich auch auf die Kassenärzte abgefeuert. Der Bayern-Vertrag sei gescheitert, so erklären sie. Bei allen Ausgabenposten lägen wir in Bayern prozentual höher als das übrige Bundesgebiet. Darüber soll heute nicht gestritten werden. Prozentsätze haben nämlich immer etwas mit der Ausgangsbasis zu tun, von der aus man rechnet. Was aber ernst genommen werden muß, ist der erneute Vorwurf, Kassenärzte würden Patienten einweisen, ohne reguläre Einweisungsscheine zu schreiben. Also Manipulation der Kassenärzte? Auf diesen Vorwurf bin ich schon mehrfach zu sprechen gekommen und habe seine Klärung gefordert. Wir können den Vorwurf der Manipulation weder auf den Kassenärzten, noch auf den Krankenhausärzten sitzen lassen. Was die Krankenhauseite angeht, so ist es natürlich peinlich, wenn die „Süddeutsche Zeitung“ unwidersprochen das Rundschreiben einer Verwaltung veröffentlichten konnte, in dem die Herren Ärzte gebeten wurden, in der Woche vor Weihnachten Entlassungen nicht vor dem 23. Dezember, besser noch am 24. vorzunehmen, weil nicht mit Neuaufnahmen zu rechnen sei. Der Frage, ob Krankenhausträger und Verwaltungen nicht doch darauf drängen, Betten zu belegen, um Überkapazitäten nicht sichtbar zu machen, muß nachgegangen werden. Unsere Kollegen dürften hier nicht unter Druck kommen. Es muß aber auch – endlich – untersucht werden, ob sich die Kassenärzte tatsächlich falsch verhalten. Unser Angebot ist klar: Sollten sich die gesetzlichen Krankenkassen entschließen, Krankenhausrechnungen, bei denen die kassenärztliche Einweisung fehlt, nicht mehr zu bezahlen und das Krankenhaus geltend machen, die Aufnahme sei von einem Kassenarzt veranlaßt worden – allerdings ohne Einweisungsschein –, dann sind wir zur Aufklärung bereit. Wie oft sollen wir eigentlich noch betonen, daß der Grundsatz „so viel ambulant wie möglich, nur so viel stationär wie nötig“ unter keinen Umständen als Verhinderung notwendiger Einweisungen ausgelegt werden darf: Der Streit, welcher jetzt zeitungsoffen ausgebrochen ist, darf weder auf dem Rücken der pflichtbewußten Ärzte ausgetragen, noch darf er zum Zankapfel der Ärzte untereinander werden. Jetzt wollen wir Klarheit schaffen. Daraus Konsequenzen zu ziehen, wird dann der nächste Schritt sein.

Professor Dr. Sewering

# Möglichkeiten und Vorzüge des Afterloading-Verfahrens bei der Kontakttherapie gynäkologischer Tumoren

von G. Ries und P. Krieglstelner

Aus dem Institut und der Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Iser (Direktor: Professor Dr. med. A. Breit)

und

aus der Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Iser (Direktor: Professor Dr. med. H. Greeff)

Bereits fünf Jahre nach Entdeckung des Radium durch Marie und Pierre Curie (1898) wurden von Döderlein, Cleaves u. a. mit dieser neuen radioaktiven Substanz die ersten erfolgversprechenden Therapieversuche beim Zervixkarzinom vorgenommen. In den folgenden zehn Jahren kam es zur Gründung von Radium-Instituten in aller Welt, so etwa 1905 in Manchester (Holt-Institut), 1909 an der Universität Paris, 1910 in Stockholm (Radium-Hemmet), 1912 in München (I. Frauenklinik) oder 1913 in New York (Memorial Center). Bestimmte zunächst reine Empirie das Vorgehen bei der Radiumkontakttherapie, so führte eine fruchtbare Zusammenarbeit mit Physikern zur Verbesserung der Dosimetrie und des Strahlenschutzes mit Verminderung der Gefahren von Strahlenschäden. Als auch heute noch gültiges Verfahren entwickelte sich eine protrahierte und fraktionierte Bestrahlungsmethodik, die sich lediglich durch die Art der Radiumträger und Fraktionierungsschemata voneinander unterscheiden (z. B. Stockholmer-, Manchester- und Münchener-Methode). Ziel dieses Vorgehens ist die Bildung von tumorangepaßten Isodosen mit Erreichen eines größtmöglichen kanzeroziden Effektes bei gleichzeitiger Minimierung der Nebenwirkungen auf Nachbarorgane und gesunde Gewebe. Entsprechend dem Entstehungsort der Tumoren kommen im Vaginalbereich zylindrische Radiumträger, an der Zervix diverse Stift-Platten- bzw. Stift-Ovoid-Kombinationen und im Korpus vornehmlich eiförmige Radiumapplikatoren zur Anwendung. Die Möglichkeit einer Therapie mit Cobalt-60-Perlen soll in diesem Zu-

sammenhang nur am Rande erwähnt werden. Jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit Radium in Verbindung mit perkutaner Strahlentherapie findet in den von H. L. Kottmeier begründeten Annual-Reports der FIGO mit hervorragenden Heilungsergebnissen, vor allem für das Zervixkarzinom ihren Ausdruck.

Neben der durch eine sehr lange Halbwertszeit von 1622 Jahren bedingten konstantbleibenden Dosisleistung muß diese Erfahrung als großer Vorteil einer Kontakttherapie mit Radium angesehen werden.

Der radioaktive Zerfall dieses Elements und seiner Folgeprodukte mit Emission von Alpha-, Beta- und Gamma-Strahlung bringt jedoch erhebliche Nachteile mit sich (Tab. 1). Im Mittelpunkt steht hierbei nicht so sehr die Möglichkeit einer Beschädi-

gung des Radiumträgers mit Entweichen des äußerst toxischen Radon – hier erfolgen in regelmäßigen Zeitabständen entsprechend der Strahlenschutzverordnung Dichtigkeitsprüfungen –, sondern strahlenschutztechnische Probleme, die durch die relativ harte Gamma-Strahlung bedingt sind und Personal sowie bautechnischen Aufwand gleichermaßen betreffen. Selbst bei vorgepackten Applikatoren beträgt die auch vom manuellen Geschick des Operateurs und der Radiumschwester abhängige personelle Strahlenbelastung im Durchschnitt etwa 30 mrem/Einlage. Hieraus wird ersichtlich, daß bei entsprechender Einlagefrequenz die Gefahr einer Überschreitung der gesetzlich zugelassenen Höchstgrenze am Körperstamm von 400 mrem/Monat bzw. 5 rem/Jahr gegeben ist. Auch das am Krankenbett in den entsprechenden Räumen tätige Pflegepersonal ist einer erheblichen Strahlenbelastung ausgesetzt. Wirksame Abschirmvorrichtungen am Bett setzen zwar die Ortsdosisleistung herab, verhindern jedoch ihrerseits ein schnelles Arbeiten am Patienten und verlängern somit die Aufenthaltsdauer in der unmittelbaren Nähe der Strahlenquelle. Diese Exposition konnte in mehreren großen Kliniken durch eine ferngesteuerte elektronische Patientenüberwachung mit Fernseh-anlage stark reduziert werden.

Bemerkenswert ist auch der große bautechnische und damit finanzielle Aufwand, der aufgrund der hohen Gamma-Energie des Radium zur Abschirmung der Räume notwendig ist (z. B. Barytbetonwände).

Wesentliche Vor- und Nachteile des Radium-226

Vorteile	Nachteile
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konstante Dosisleistung infolge langer HWZ von 1622 Jahren</li> <li>2. Jahrzehntelange klinische Erfahrung in der Radiumtherapie</li> <li>3. Eigener Radiumbestand in Kliniken, die gynäkologische Strahlentherapie durchführen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aufwendige Strahlenschutzmaßnahmen, da:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Radon-222 ein gasförmiges Isotop des Radium</li> <li>– Ra-226 und Ra-222 Alpha-Strahler von hoher Radiotoxizität. Bei Beschädigung oder Verlust eines Radiumträgers große Gefahr einer räumlichen Kontamination und Inkorporation</li> <li>– Hohe Beta-Energie. Breites Gamma-Spektrum bis zu einer Energie von 2,1 MeV</li> </ul> </li> <li>2. Relativ großes Volumen der Radiumquellen wegen geringer Aktivität</li> </ol>

Tabelle 1

Aus der Sicht der Patientin muß die Liegedauer von 20 Stunden und länger pro Einlage als sehr nachteilig angesehen werden, zumal sie ein erhöhtes Thrombo-Embolie-Risiko in sich birgt. Im übrigen besteht die Möglichkeit, daß der Applikator während seiner langen Verweildauer im Körper durch Bewegungen oder auch Verrutschen einer Tamponade seine ursprüngliche tumorangepaßte Lage verändert und mit ihr die geplante Isodosenverteilung.



Abbildung 1  
Afterloading-Gerät in Bestrahlungsposition

Der Gedanke einer Verbesserung des Strahlenschutzes mit vollständiger Eliminierung der Strahlenexposition des Personals durch eine ferngesteuerte Radiumapplikation war schon im ersten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts wach geworden. Erst knappe 50 Jahre später (1952) beschrieb Fletcher ein praktikables manuelles Nachladeverfahren (Afterloading), dem Henschke 1960 die erste ferngesteuerte Apparatur folgen ließ. Das Prinzip beider Methoden besteht darin, eine Hohlsonde am gewünschten Ort der Bestrahlung (z. B. Uterus) ohne Zeitdruck optimal zu plazieren, zu fixieren und anschließend mit einer radioaktiven Substanz „nachzuladen“. Die manuelle Beschickung leerer Applikatoren, die fast ausschließlich mit Radium-226 und Cäsium-137 im Sinne einer low-dose-Therapie durchgeführt wird, hat bereits eine erhebliche Reduzierung der Strahlenbelastung des Personals zur Folge. Ein voller Schutz wird erreicht, wenn nach Verlassen des Bestrahlungsraumes durch das Personal die Strahlenquelle ferngesteuert aus einem strahlensicheren Behälter in den Applikator eingefahren wird (Abb. 1).

Die für das Afterloading-Verfahren gewünschten Eigenschaften eines

Isotops sind in Tabelle 2 aufgeführt. Nachteile, wie sie vom Radium her bekannt sind, werden dadurch weitgehend vermieden. Da jedoch ein „ideales“ Isotop nicht existiert, müssen Kompromisse eingegangen werden, die entweder verstärkte Strahlenschutztechnische Aufwendungen, häufige Bestrahlungszeitkorrekturen oder unterschiedlich lange Applikationsdauer erfordern. So bedarf es bei Verwendung von Cäsium-137 (Geräte: Cervitron, Curietron, Selectron) infolge einer Halbwertszeit von 30 Jahren lediglich einer Zeitkorrektur von zwei Prozent jährlich und wegen der niedrigen Gamma-Energie von 0,6 MeV eines geringen Strahlenschutzes, doch bedingt die relativ schwache spezifische Aktivität (21,4 Ci/cm<sup>3</sup>) eine Bestrahlungsdauer von mindestens sechs bis acht Stunden. Mit Co-60-Quellen ausgestattete Geräte (Brachytron, Cathetron, Ralstron) zeichnen sich bei einer monatlichen Zeitkorrektur von ein Prozent (Halbwertszeit: 5,3 Jahre) durch eine hohe spezifische Aktivität (600 Ci/cm<sup>3</sup>) sowie eine nur kurze Bestrahlungsdauer im Bereich von Minuten aus, erfordern allerdings infolge der bichromatischen Gamma-Strahlung von 1,17 und 1,33 MeV erhöhten Strahlenschutz. Geräte, bei welchen das Iso-

top Ir-192 zur Anwendung kommt (Afterloading-Gerät Buchler, GammeMed II), erbeiten mit einem günstigen Gamma-Spektrum von 0,2 bis 0,6 MeV und besitzen die höchste spezifische Aktivität (6250 Ci/cm<sup>3</sup>), weshalb die Quelldurchmesser extrem klein gehalten werden können. Auch hier liegt die Bestrahlungsdauer im Bereich von Minuten. Der Nachteil besteht in einer nur sehr kurzen Halbwertszeit dieses Isotops (72 Tage). Hierdurch sind laufende Bestrahlungszeitkorrekturen durch Aktivitätsverlust und ein Auswechseln der Quelle in etwa vierteljährlichem Rhythmus erforderlich.

Das Prinzip des ferngesteuerten Afterloading-Verfahrens mit dem von uns verwendeten Gerät GammeMed II (Isotopentechnik Dr. Sauerwein) soll am Beispiel eines Zervixkarzinoms im folgenden näher erläutert werden:

Nach Einführen eines Blasendosimeters, Einstellen der Portio, Dilatation des Zervixkanals und Ausmessen der Intrauterinen Sondenlänge erfolgt — je nach anatomischen Gegebenheiten — das Einführen eines geraden oder gekrümmten Applikators. Anschließend wird ein in seinem Durchmesser der Weite der Vagine angepaßter Plexiglaszylinder (Abb. 2) über den Applikator bis vor die Portio geschoben und an seinem körperfernen Ende mittels einer Kontermutter fest mit diesem verbunden. Hierdurch läßt sich eine mögliche Lageänderung des Applikators im Uterus vermeiden. Die Zylinder-Applikator-Einheit wird mit

#### Eigenschaften einer „optimalen“ Strahlenquelle für des Afterloading-Verfahren

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. Materiel:       | — feste Substanz (metallisch)  |
|                    | — etoxisch   |
|                    | — keine gasförmigen Zerfallsprodukte                                 |
| 2. Radioaktivität: | — keine Alpha-Strahlung  |
|                    | — keine oder nur geringe Beta-Strahlung                              |
|                    | — Gamme-Energie im strahlenschutzgünstigen Bereich von 0,2 — 0,5 MeV |
|                    | — lange Halbwertszeit  |
|                    | — hohe spezifische Aktivität   |

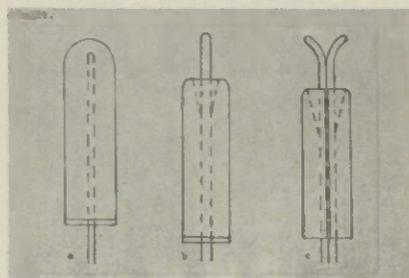


Abbildung 2

Drei verschiedene Zylinder- und Sondentypen für

- Veginel-Ce bzw. postoperative Vaginalprophylaxe
- Kollum-Ce (gerade oder gekrümmte Sonden)
- Korpus-Ce: doppelte, in zwei Ebenen gekrümmte Sonden, deren Spitzen in die Tubenecken zu liegen kommen

neu von Sanorania

**Indorektal®**  
100 mg Indometacin

**Indo-Tablinen®**  
50 mg Indometacin

1. 10. 82:  
**Rheuma-  
therapie  
noch  
sparsamer**

**Zusammensetzung**

1 Suppositorium enthält  
100 mg Indometacin,  
1 Tablette enthält 50 mg Indometacin.

**Indikationen**

Entzündliche und degenerative  
(rheumatische) Erkrankungen des  
Bewegungsapparates.

**Kontraindikationen**

Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der  
Anamnesis, Allergie gegen Acetylsalicyl-  
säure oder Indometacin, Anwendung  
bei Kindern unter 14 Jahren.

**Nebenwirkungen**

Gastrointestinale Störungen und  
Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel,  
Somnolenz, psychische Störungen,  
allergische Hauterscheinungen,  
Störungen der Hämatopoese,  
Sehstörung: Retina- und Makula-  
veränderungen.

**Dosierung**

Indorektal: 1-2 x 1 Suppositorium.  
Indo-Tablinen: 2-3 x 1/2-1 Tablette.

10 Supp.

50 Supp.

**9.90**

**46.00**

20 Tabl.

50 Tabl.

**5.60**

**12.70**

stark  
gesenkte  
Preise

**S** SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

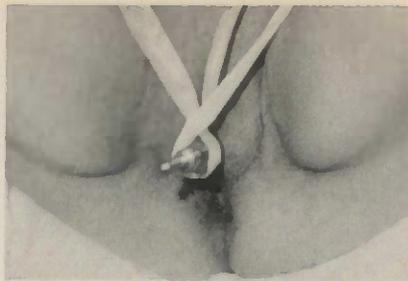


Abbildung 3  
An der Patientin fixierte Zylinder-Applikatoreinheit in Bestrahlungsposition

Zügeln an der Patientin fixiert (Abb. 3) und eine zweite Dosimetersonde in das Rektum eingelegt. Zuletzt erfolgt eine röntgenologische Lagekontrolle sowie das Anschließen des Verbindungsschlauches zwischen fahrbarem Tresor und Applikator. Nachdem Ärzte und Pflegepersonal den Raum verlassen haben, wird von einem Steuerpult aus eine fast punktförmige Ir-192-Quelle elektromechanisch über einen Führungsdraht bis in die Spitze des intrauterin liegenden Applikators eingefahren und in 1-cm-Schritten wieder zurückgezogen. Die Aufenthaltsdauer der Quelle an den jeweiligen Standpunkten zur Erzeugung der erforderlichen Isodosen ist vorprogrammiert. Je nach Aktivität des Iridium (max. 10 Ci) sind Bestrahlungszeiten bis etwa 25 Minuten erforderlich. Während des Vorganges besteht mit der Patientin Kontakt über eine Fernseh- und Gegensprechanlage.

Bezüglich der Isodosengestaltung bei der Afterloading-Therapie besteht zunächst die Möglichkeit einer Anpassung an die Konfiguration des Tumors bzw. der früher üblichen Radiumisodosen. Dabei finden im allgemeinen Applikatorformen Verwendung, die bereits von der Radiumtherapie her bekannt sind (z. B. Kolpostate und Ovoide entsprechend der Manchester-Schule). Meist sind hierzu mehrere Strahlenquellen notwendig. Daß dies auch mit einer Quelle möglich ist, beweist das Afterloading-Gerät der Firma Buchler, bei dem die Steuerung der oszillierenden Iridium-192-Quelle über auswechselbare Kurvenscheiben erfolgt. Mit einer Anzahl unterschiedlicher Standard-scheiben gelingt es auf solche Weise, die Dosisverteilung im Zielvolumen derjenigen, die von der klassischen Radiumtherapie her bekannt ist, nachzugestalten. Ein neuer Weg der Isodosenverteilung

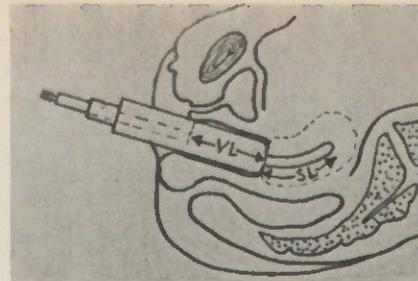


Abbildung 4  
Zylinder-Applikatoreinheit in situ im anatomischen Längsschnitt (SL = Intrauterine Sondenlänge; VL = Vaginallänge)

wurde bei obig beschriebenem Gerät GammaMed II von Busch (1976) beschriften, in dem eine Anpassung an die Toleranzdosen des mitbestrahlten gesunden Gewebes vorgenommen wurde. Für die gynäkologische Strahlentherapie existiert ein Atlas mit ca. 600 verschiedenen Dosierungsvorschriften, die auch eine Einbeziehung der Vagina wegen möglicher Spätmetastasen in Ihrem mittleren und unteren Drittel vorsieht. Auf diese Weise erfolgt eine relativ homogene Bestrahlung des gesamten Genitalschlauches. Für das Auffinden entsprechender Dosierungsempfehlungen aus dem Atlas müssen bekannt sein (Abb. 4):

1. Die intrauterine Sondenlänge,
2. die Länge der Vagina, gemessen von der Portio bzw. dem Scheidenstumpf bis zur Prominenz des orificium urethrae externum,
3. der Durchmesser des verwendeten Zylinders als Ausdruck der Weite der Vagina und
4. die bestrahlte Vaginallänge.

Die aufgrund der gemessenen Größen aus dem Atlas ersichtliche Verweildauer der Iridium-Quelle an den einzelnen Standpunkten wird in das Schaltpult eingegeben und bestimmt letztlich die Art der Isodosenverteilung (Abb. 5). Alternativ ist anstelle des Atlases auch eine Computerberechnung möglich.

Beim Übergang von einer Radium-Langzeit- auf eine Kurzzeittherapie mit Iridium-192 oder Cobalt-60 stellt sich die Frage nach der biologischen Äquivalenz der als notwendig erachteten Dosen. Geht man davon aus, daß 1 g Radium eine Aktivität von 1 Ci besitzt, so bedeutet dies bei Applikation etwa einer Stift-Platten-Kombination von 100 mg eine Aktivität von lediglich 0,1 Ci. Eine unverbrauchte punktförmige Ir-Quelle von 10 Ci weist somit die 100fache Stärke auf. Gleiches trifft für die in

erheblichem Maße von der Aktivität beeinflusste Dosisleistung (Gy/min) zu. Auch hier muß ein Faktor von 100 und mehr zugunsten der Kurzzeitbestrahlung angesetzt werden, was zu einer erheblichen Steigerung der strahlenbiologischen Wirkung führt. Der hohen Aktivität und Dosisleistung wird Rechnung getragen durch reduzierte Applikationszeiten im Bereich von Minuten, eine stärkere Fraktionierung und eine verminderte Gesamtdosis (Tab. 3).

Um die dem Radium biologisch äquivalenten Dosen ermitteln zu können, werden diverse Umrechnungssysteme angeboten (nach Kirk, 1971, Liversage, 1969, oder Orton und Ellis, 1973). Tierexperimentelle Versuche und am Patienten gewonnene Erkenntnisse zeigen jedoch, daß die für eine Kurzzeittherapie geforderten Dosen hierdurch zum Teil erheblich über- bzw. unterschätzt werden. Die Formel nach Orton und Ellis soll nach klinischen Erfahrungen dem biologischen Isoeffekt noch am ehesten gerecht werden. Für manche Strahlentherapeuten ist diese noch bestehende Unsicherheit jedoch Anlaß, Afterloading mit Strahlern niedriger Aktivität und Dosisleistung auszuüben.

Eine Möglichkeit, die biologische Wirkung einer Kurzzeit- gegenüber der protrahierten Bestrahlung exakt abschätzen zu können, ist die retrospektive klinische Untersuchung über die Häufigkeit von Lokalrezidiven und Nebenwirkungen. Zum Vergleich mit der Radiumtherapie erscheinen die Stadien I und II des Zervixkarzinoms besonders geeignet, da die Wahrscheinlichkeit von Lokalrezidiven im Gegensatz zum Stadium III sehr gering ist und signifikante Unterschiede somit leicht zu erkennen sind. Zudem sind Tumoren des Stadiums III lokal oft so ausgedehnt, daß sie ein Abweichen vom üblichen Fraktionierungs- und Dosischema erfordern. Auch mit der Tumorgroße zunehmende hypoxische Gewebeareale, deren Strahlenresistenz bei Einwirken einer hohen Dosisleistung größer ist als bei protrahierter Bestrahlung mit niedriger Dosisleistung, scheinen von Bedeutung zu sein. Aus den genannten Gründen wird deshalb von vielen Kliniken das Stadium III nach wie vor mit einer konventionellen Bestrahlungsmethode angegangen.

Eine Reihe von Instituten können bereits auf eine vieljährige Erfahrung im Umgang mit der high-dose-

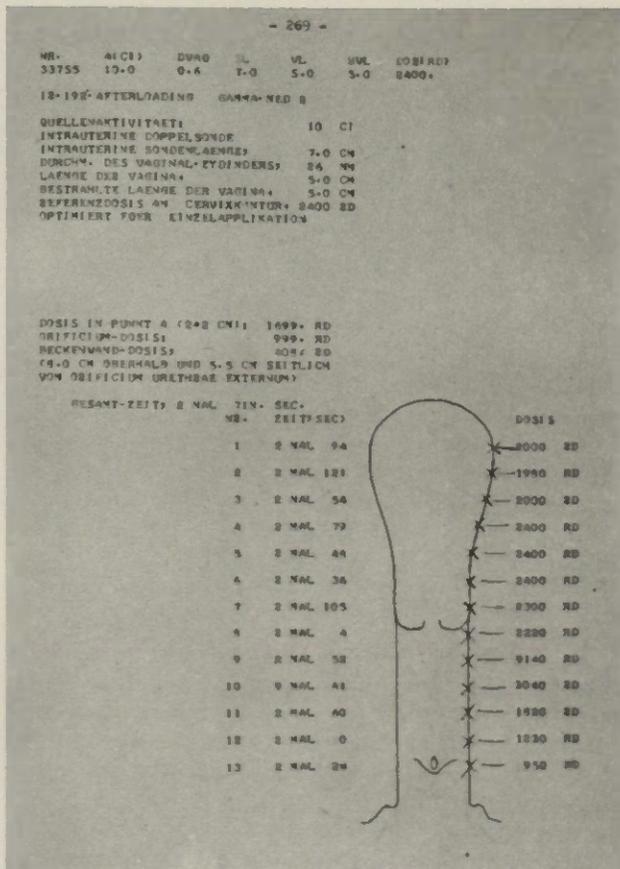


Abbildung 5  
 Beispiel einer dem Atlas entnommenen Dosierungsempfehlung

neu  
 von Sanorania

# Amoxi-Tablinen®

1000 mg Amoxicillin

## Infektionen

1. 10. 82:  
 weitere drastische  
 Senkung der  
 Therapiekosten

**Zusammensetzung**  
 1 Tablette enthält 1147,6 mg Amoxicillintrihydrat, entsprechend 1000 mg Amoxicillin.

**Indikationen**  
 Infektionen mit amoxicillinempfindlichen Erregern, z. B. Infektionen der Atemwege und Lunge, im Magen-Darm-Trakt (einschließlich Typhus), im Urogenital-Trakt, im HNO-Bereich, der Gallenblase und -wege, der Haut und Weichteile.

**Kontraindikationen**  
 Penicillinallergie, Mononukleose. Während der Schwangerschaft sollte die Indikation streng gestellt werden. Kreuzallergie mit anderen Penicillinen und Cephalosporinen.

**Nebenwirkungen**  
 Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktionen), Magenreizungen und Durchfälle, Masernähnliche Hautausschläge in Verbindung mit Juckreiz und Arzneimittelfieber.

**Dosierung**  
 Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre: 3 mal täglich 1 Tablette, Schulkinder (6 bis 14 Jahre): 3 mal täglich ½ Tablette.

10 Tabl.                      20 Tabl.

# 34.95    68,-

**S** SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
 1 Berlin 28

**Vergleich von eingestrahlenen Dosen und Fraktionierungsschemata bei Radiumtherapie (R) und Kurzzeitbestrahlung mit dem Afterloading-Verfahren (A)**

Autor	Strahlenquelle (Afterloading)	Verfahren	Gesamtdosis (rd)	Anzahl der Fraktionen	Dauer der Einzelfraktionen	Gesamte Bestrahlungszeit
O'CONNELL	Co-60 (Cathetron)	R A	4000 3300	1 6	48 Std. 5 Min.	48 Std. 12 Tage
GRÖNROSS	Co-60 (Cathetron)	R A	6000-7000 3000-3750	2 4-5	20-25 Std. 5 Min.	16 Tage 22 Tage
SNELLING	Co-60 (Cathetron)	R A	2750 2000	1 3	36 Std. 5 Min.	36 Std. 35 Tage
ROTTE*)	Ir-192 (Buchler)	R A	15000 12000	3 4-5	20-24 Std. 20-40 Min.	30 Tage 40-50 Tage

\*) Oosis gemessen jeweils 1,5 cm oberhalb des äußeren Muttermundes und seitlich des Zervikalkanals  
Referenzpunkt bei den übrigen Autoren im Abstand von 2 cm (Punkt A)

Tabelle 3

Afterloading-Methode zurückblicken und haben entsprechende 5-Jahres-Heilungsziffern vorgelegt. Bezüglich der Stadien I und II des Zervixkarzinoms sowie I bis III des Korpuskarzinoms sind nach übereinstimmenden Aussagen vieler Autoren (z. B. Rotte, Taina) signifikante Unterschiede zwischen der Kurzzeitbestrahlung mit Ir-192 oder Co-60 und der Radiumtherapie nicht festzustellen. Auch in der Häufigkeit der Nebenreaktionen an Blase und Rektum (Ulzerationen und Fistelbildungen) halten sich heute beide Methoden die Waage.

**Zusammenfassung**

Das Kurzzeit-Afterloading-Verfahren mit Ir-192 ist nach bisherigen klinischen Erfahrungen beim Zervixkarzinom der Stadien I bis II und Korpuskarzinom der Stadien I und III als eine der konventionellen Therapie mit Radium 226 gleichwertige primäre Behandlungsmethode anzusehen. Als Vorteile sind im wesentlichen zu nennen:

1. Fehlende Strahlenexposition von Ärzten und Pflegepersonal.
2. Geringe subjektive Belästigung der Patientin, da
  - infolge der punktförmigen Strahlenquelle der Durchmesser der Applikatoren nur 7 mm beträgt und somit eine Dilatation des Zervikalkanals lediglich bis Hegar 7 oder 8 zu erfolgen braucht. Deshalb ist in vielen Fällen, besonders ab der zweiten Einlage, eine Vollnarkose nicht notwendig;

- nur kurze Applikationszeiten im Bereich von Minuten, dadurch Verminderung des Thromboembolie-Risikos bei gefährdeten Patientinnen;
- gegebenenfalls eine ambulante Behandlung durchgeführt werden kann.

3. Einsparung von Personal, z. B. Nachtschwestern.
4. Geringer bau- und einrichtungs-technischer Strahlenschutz infolge niedriger Energie der Gamma-Strahlen (geringe Baugewichte).
5. Gute Reproduzierbarkeit der Isodosenverteilung im Zielvolumen durch starre Applikator-Zylinder-einheit bei nur kurzen Bestrahlungszeiten.
6. Erhöhte Einlagefrequenz, da nur kurze Bestrahlungsdauer.

Der Nachteil des durch eine Halbwertszeit von 72 Tagen bedingten raschen Aktivitätsverlustes und des dadurch notwendigen vierteljährlichen Quellenaustausches wird durch oben genannte Fakten weitgehend aufgehoben.

**Ausblick**

Durch einen mehrmaligen Durchlauf der Ir-192-Quelle in der Sonde mit verkürzten Aufenthaltszeiten an den einzelnen Positionen gelingt es möglicherweise, eine höhere Dosis auf das Gewebe einzustrahlen und somit bei gleichbleibendem Nebenwirkungsrisiko die Anzahl der Lokalrezidive weiter zu senken. Auch ist zu hoffen, daß durch Mehrkanal-

applikatoren künftig eine noch günstigere Dosisverteilung im Zielvolumen erreicht werden kann. Eine Verbesserung der Ergebnisse beim Endometriumkarzinom mit großem Cavum uteri oder beim Stadium III des Zervixkarzinoms, bei dem gegenüber der Radiumtherapie vereinzelt noch signifikant niedrigere Heilungsziffern vorliegen, ist damit sicher möglich.

Bis dahin sollte bei ungünstigen anatomischen Gegebenheiten oder erhöhtem Nebenwirkungsrisiko an den Einsatz eines Strahlers mit geringer Aktivität und Dosisleistung, also großer therapeutischer Breite (Cäsium 137), gedacht werden. Geräte, die neben Ir-192 auch die Möglichkeit eines Einsatzes von Cs-137 bieten (z. B. Selectron, Cervitron) sind in solchen Fällen von Vorteil. Eine verlängerte Applikationsdauer ist zum Nachteil der Patientin in Kauf zu nehmen.

Abschließend läßt sich sagen, daß unter Berücksichtigung vorliegender klinischer Ergebnisse und immer strenger werdender Strahlenschutzbestimmungen künftig das Afterloading-Verfahren in noch weit größerem Umfang als bisher zur Anwendung kommen wird. Ob auf die konventionelle Radiumtherapie letztlich ganz verzichtet werden kann, bleibt abzuwarten.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. G. Ries, Lengerstraße 3, 8000 München 80, und Privatdozent Dr. med. P. Kriegelsteiner, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Die Nummer 1  
beim Prostata-Adenom

# Harzol®

Der  
Therapieerfolg  
ist...

- tastbar
- spürbar
- meßbar

Harzol ist die bestgeprüfte und meistverordnete Medikation beim Prostata-Adenom. Harzol beseitigt Kongestionen, Schwellungen und Entzündungen, erhöht den Uroflow, bildet Restharmengen zurück, verbessert die Urinbefunde und führt zu schneller Besserung der Beschwerden.

Kurzinformation zu Harzol®, HOYER, 4040 Neuss 21

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält 10 mg  $\beta$ -Sitosterin. **Anwendungsgebiet:** Prostata-Adenom. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Initialtherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 2 Kapseln. Langzeittherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 1 Kapsel. Die Kapseln sollen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden. **Darreichungsform,**

**Packungsgrößen und Preise:** OP mit 60 Kapseln DM 23,49; OP mit 120 Kapseln DM 39,40; OP mit 360 Kapseln DM 103,17.  
Stand: Jan. 1983

HOYER GmbH & Co.  
Pharmazeutische Präparate  
4040 Neuss 21



## 67. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

### I. Anfallssyndrome: Diagnose – Therapie – Begutachtung

Privatdozent Dr. K. Christiani, Kiel:

#### Epileptische Anfälle: Diagnose, Klinik, Therapie

Der einzelne epileptische Anfall ist als Reaktionsform des Gehirns auf verschiedene Noxen anzusehen. Erst wenn sich wiederholt über einen längeren Zeitraum Iktus einstellen, darf von einer Epilepsie gesprochen werden. Grundsätzlich ist jedes Gehirn krampffähig, die Disposition aber unterschiedlich. Die Krampfschwelle wird wesentlich durch genetische Faktoren beeinflusst, aber auch Lebensalter, Kreislaufsituation, Provokationen (Schlafentzug, Alkohol), Zweitschäden (z. B. Arteriosklerose) und Lokalfaktoren spielen eine Rolle. Etwa zehn Prozent der Gesamtpopulation haben elektroenzephalographische Veränderungen, die für eine erniedrigte Krampfschwelle sprechen. Aber nur etwa fünf Prozent aller Menschen erleiden in ihrem Leben einen epileptischen Anfall. Nur bis zu einem Prozent ist damit zu rechnen, daß sich eine chronische Epilepsie entwickelt – in der Bundesrepublik gibt es also ca. 300 000 bis 400 000 Anfallsranke.

Für die Einteilung der verschiedenen Anfallsformen bieten sich zahlreiche Klassifikationsmerkmale an. Bewährt hat sich die Unterscheidung zwischen partiellen bzw. fokalen Anfällen, generalisierten Anfällen, unilateralen Anfällen und unklassifizierbaren epileptischen Anfällen.

Partielle bzw. fokale Anfälle sind Folge einer Funktionsstörung in einem umschriebenen Areal einer Großhirnhemisphäre. Sie können aber in generalisierte Anfälle übergehen. Zu den fokalen Anfällen ohne Beeinträchtigungen des Bewußtseins zählen die motorischen, sensorischen und sensomotorischen Jackson-Anfälle. Hierbei kommt es entweder zu tonisch-klonischen Krämpfen umschriebener Muskelgruppen oder zu Mißempfindungen in einem umschriebenen Körper-

areal. Sensorische Herdanfälle sind gekennzeichnet durch abnorme Sinnesempfindungen optischer, akustischer, gustatorischer und olfaktorischer Art. Adversivanfälle äußern sich in Drehung bzw. Wendung des Kopfes, der Schulter, der Extremitäten oder des ganzen Körpers nach einer Seite hin. Psychomotorische Anfälle bzw. Dämmerattacken zeichnen sich durch eine vielgestaltige Symptomatik aus. Neben einer Bewußtseinstrübung finden sich motorische Entäußerungen, wie orale Automatismen, Nesteln mit den Händen sowie Scharren und Treten mit den Füßen. Der psychomotorische Anfall setzt nicht plötzlich ein, oft geht eine Aura voraus, die sich in Geruchs- und Geschmacksempfindungen äußern kann. Der Anfall klingt mit einem Dämmerzustand unterschiedlicher Dauer aus.

Generalisierte Anfälle beginnen mit einem plötzlich einsetzenden tonischen Krampf mit Übergang in eine klonische Phase und anschließendem Terminalschlaf. Immer finden sich eine zentrale Apnoe, Lichtscheu und weite Pupillen, Blutdruckanstieg und Tachykardie, nur fakultativ Zungenbiß. Stuhl- und Urinabgang. Für den Krampfanfall besteht eine Amnesie. Kommt es zu einer Häufung von großen Anfällen, ohne daß der Kranke zwischenzeitlich das Bewußtsein wiedererlangt, wird von einem Status epilepticus gesprochen. Die zahlreichen generalisierten Krampfanfälle im Kindesalter werden im nächsten Beitrag besprochen.

Die erste diagnostische Maßnahme stellt die Erhebung der Eigen- und Fremdanamnese dar. Besonderer Wert muß auf die subtile Schilderung des Anfallsgeschehens gelegt werden, um von vorneherein epileptische von nichtepileptischen Manifestationen abzugrenzen. Eine ausführliche körperliche und eingehende neurologisch-psychiatrische Untersuchung schließt sich an. Kommen angeborene oder erworbene Stoffwechselstörungen als Ursache der Anfälle in Frage, sind entspre-

chende Laboruntersuchungen vorzunehmen. Die Durchführung einer Elektroenzephalographie schließt sich an, wobei individuell entschieden wird, ob Provokationsverfahren notwendig sind. Zu Beginn der neuroradiologischen Diagnostik stehen Nativaufnahmen des Schädels, unterstützt durch Spezialaufnahmen wie Schädelbasis und nach Stenvers. Grundsätzlich sollte heute eine kraniale Computertomographie durchgeführt werden, wodurch Hirnzintigraphie und Pneumenzephalographie nahezu bedeutungslos geworden sind.

Ist die Diagnose einer Epilepsie gesichert, so erhebt sich die Frage nach der Ätiologie und damit nach dem therapeutischen Vorgehen. Aus klinischer Sicht unterscheidet man genuine Epilepsie, vermutlich symptomatische Epilepsie ohne nachweisbare hirnorganische Ursache, symptomatische Epilepsie bei nachweisbarer hirnorganischer Grundstörung und eine Residualepilepsie als Folge einer früher abgelaufenen Hirnerkrankung.

Psychische Veränderungen können sich bei den Epilepsien entweder in Form reversibler oder irreversibler Störungen einstellen. Zu den reversiblen Psychosyndromen sind die Dämmerzustände mit oder ohne Bindung an Anfälle, episodische Verstimmungen und produktiv-psychotische Episoden sowie der Petit-mal-Status zu rechnen. Als irreversibles organisches Psychosyndrom ist die Demenz anzusehen. Tritt bei Kindern eine Wesensänderung ein, ist sie durch eine Hyperaktivität und psychomotorische Unruhe charakterisiert.

Treten Gelegenheitskrämpfe in einem kurzen Zeitraum häufiger auf, oder handelt es sich um eine chronische Epilepsie, muß eine Therapie durchgeführt werden. Eine kausale Therapie ist möglich, wenn eine akute primär zerebrale oder primär extrazerebrale Erkrankung als Ursache der epileptischen Anfälle vorliegt. Das therapeutische Vorgehen bei chronischen Epilepsien muß einerseits die Verordnung von Antikonvulsiva über einen längeren Zeitraum umfassen, zum anderen müssen soziomedizinische Maßnahmen ergriffen werden. Zur medikamentösen Therapie der Epilepsien stehen uns heute mehrere Substanzen mit unterschiedlichem Wirkungsmechanismus zur Verfügung.

Die richtige nosologische Zuordnung der Anfallsform ist Grundvoraussetzung für eine effiziente Antiepileptikatherapie. Nach Möglichkeit sollte nur eine Wirksubstanz zum Einsatz kommen. Ist der therapeutische Erfolg nicht ausreichend, sollte erst dann ein zweites Medikament gegeben werden, wenn die Dosierung des primär verwandten Präparates bis an die obere Grenze ausgereizt wurde. Der Beginn der Therapie sollte schrittweise einschleichend erfolgen, nur das Phenytoin kann sofort in der mittleren Tagesdosis gegeben werden. Vor Beginn der medikamentösen Langzeittherapie ist eine Prüfung der Laborwerte (Differentialblutbild mit Thrombozytenzahl, Urinstatus, Leberfermente und Nierenwerte) anzuraten, eine Kontrolle nach sechs Wochen und dann jedes halbe Jahr ist zu empfehlen.

Professor Dr. G. Neuhäuser, Gießen:

#### Anfallssyndrome im Kindesalter

Man darf davon ausgehen, daß bis zum siebten Lebensjahr etwa jedes 15. Kind mit einem Anfall erkrankt.

Häufig handelt es sich um sogenannte Gelegenheitskrämpfe, welche bei verschiedenen zerebralen oder extrazerebralen Erkrankungen gewissermaßen die vermehrte Anfallsbereitschaft des noch in der Entwicklung sich befindlichen Gehirns anzeigen; bei einigen Kindern aber ist der erste akute Krampf Beginn eines chronischen Leidens oder Ausdruck einer tiefgreifenden zerebralen Störung. Jedes Gehirn ist in der Lage, bei entsprechender Alteration mit einem Krampfanfall zu reagieren. Die Ausprägung der Symptome wird wesentlich vom jeweiligen Entwicklungsstand bestimmt; so läßt das Auftreten eines Krampfanfalls und die Abfolge der Symptome vielfach noch keinen Rückschluß auf die mögliche Ätiologie zu. Der akute Anfall ist also nur ein Symptom, welches sorgfältige Untersuchungen erfordert, um ein neurologisches Syndrom zu diagnostizieren.

Bei früh- und neugeborenen Kindern äußern Anfälle sich meist in uncharakteristischen Symptomen; nur ausnahmsweise treten generalisierte Krämpfe auf. Häufiger sind

„amorphe Neugeborenenkrämpfe“ mit Veränderung des Atemrhythmus, Deviation der Bulbi, Saug- und Kaubewegungen, Schwankung des Muskeltonus, Lagewechsel oder vasomotorische Veränderungen. Daneben kommen tonische Krämpfe, multifokale klonische Anfälle, fokale klonische Anfälle und myoklonische Krämpfe vor. Mitunter kann die Abgrenzung von der Hyperexzitabilität bei allgemeiner „Übererregbarkeit“ des Nervensystems schwierig sein, wenn häufig Kloni und Tremor auftreten. Neugeborenenkrämpfe sind Folge traumatischer Läsionen oder von Hypoxie, werden durch prä- oder perinatale Infektionen verursacht, kommen bei Stoffwechselveränderungen vor (Hypoglykämie und Hypokalzämie, Magnesiummangel, Azidose usw.), sind mitunter auch Ausdruck einer Mißbildung oder Entwicklungsstörung des Gehirns.

Zu den typischen Anfällen des Säuglingsalters gehören die nach ihrem Erscheinungsbild ziemlich charakteristischen Blitz-, Nick- und Salaamkrämpfe, welche gelegentlich von großen Anfällen eingeleitet oder begleitet sind. Oft werden sie

# mastodynon®

bei MASTODYNIE  
und fibrozystischer  
MASTOPATHIE

  
**bionorica**  
GmbH

8500 NÜRNBERG 1

**Indikationen:** Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Ires D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15%igem Ethanol potenziert.) **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen:** OP mit 50 ml DM 11,90, OP mit 100 ml DM 18,40; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml. – Stand bei Drucklegung.

zunächst als Erschrecken fehlgedeutet. Vielfach liegt eine strukturelle Läsion im zentralen Nervensystem zugrunde; sie können Erstsymptom einer tuberösen Sklerose sein, gelegentlich auch einer Stoffwechselstörung (z. B. Phenylketonurie). Gelegenheitskrämpfe, die beispielsweise bei Fieber auftreten, oder hypoglykämische und hypokalzämische Anfälle führen meist zu einem Grand mal; auch ein großer Anfall kann also Folge von Stoffwechselstörungen sein.

Zu den Epilepsien des *Kleinkindesalters* gehören die myoklonisch-astatischen Anfälle, bei denen neben großen Anfällen und absence-ähnlichen Zuständen vor allem Myoklonien und plötzliches Hinstürzen (Sturzanfälle) auftreten. Gelegentlich beginnen sie nach ungestörter Entwicklung ziemlich akut, ohne daß sich eine Ursache nachweisen läßt. Große Anfälle können Folge einer Spontanhypoglykämie sein, sie treten dann bevorzugt in den Morgenstunden auf und sind durch Glucosezufuhr zu beherrschen; die Diagnose ist meist schwierig, erfordert den Einsatz spezieller Untersuchungsverfahren. Affektkrämpfe sind die für das Kleinkind typischen psychogenen Anfälle, gelegentlich kommen sie schon im späten Säuglingsalter vor. Meist haben sie einen erkennbaren Anlaß — das Kind beginnt heftig zu schreien, hält die Luft an, wird zyanotisch und kurz bewußtlos, wobei mitunter auch einzelne klonische Zuckungen zu bemerken sind. Wichtig für die Differentialdiagnose ist das an bestimmte Situationen gebundene Auftreten; weiterhin stützt ein normales EEG die Diagnose. Bei Kindern mit schweren zyanotischen Herzfehlern kommen nach dem Säuglingsalter hypoxämische Anfälle vor und führen mitunter auch zu kurzdauernder Bewußtlosigkeit.

*Anfälle beim Schulkind* äußern sich hauptsächlich als Grand mal, pyknoleptische Absenzen oder psychomotorische Attacken; seltener sind abortive große Anfälle oder fokale Krämpfe. Kreislaufstörungen und Veränderungen des Herzrhythmus können ebenfalls Anfälle zur Folge haben. Psychogene Anfälle äußern sich bei Kindern in recht unterschiedlicher Weise; oft ist die Diagnose schwierig, besonders wenn gleichzeitig echte epileptische Anfälle vorkommen. Der Hinweis, daß

bei psychogenen Anfällen Verletzungen nicht vorkommen, kann keinesfalls als Regel gelten.

Die Vielfalt der möglichen Anfallsformen, von epileptischen und nicht-epileptischen Anfällen, läßt deutlich werden, daß die Differentialdiagnose immer eine sorgfältige Untersuchung voraussetzt und sich auf eine ausführliche Anamnese zu stützen hat. Eine sorgfältige somatische Untersuchung muß erfolgen, Laboruntersuchungen sollten gezielt eingesetzt werden und neuroradiologische Verfahren bringen vorwiegend morphologische Informationen.

*Professor Dr. G. Harrer, Salzburg:*

#### **Fahrtauglichkeit und Begutachtungsfragen bei Anfallsleiden**

In allen einschlägigen Werken können wir nachlesen, daß entsprechend dem Gutachten „Krankheit und Kraftverkehr“ des gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin Personen zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Klassen ungeeignet sind, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewußtseinsstörungen leiden. Nach einem einmaligen Anfall kann die Eignung dann bejaht werden, wenn eine eingehende klinische Untersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit ergibt, daß es sich tatsächlich nur um ein einmaliges Ereignis gehandelt haben dürfte. Die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung und für die Führerscheinklasse 2 (LKW) soll stets ausgeschlossen bleiben, wenn mehrere epileptische Anfälle aufgetreten sind. Für die Führerscheinklassen 1, 3, 4 und 5 sind Ausnahmen möglich, wenn eine Gefährdung im Einzelfall nicht mehr angenommen werden muß. Voraussetzungen sind dafür drei Jahre Anfallsfreiheit, drei EEG-Kontrollen ohne spezifischen Befund, das Fehlen anfallsprovokierender Bedingungen, der Ausschluß einer Vigilanzminderung oder anderer zentralnervöser Nebenwirkungen durch eine medikamentöse Therapie, kein Vorliegen hirnorganischer Veränderungen, die eine Fahreignung ausschließen und regelmäßige Kontrolluntersuchungen.

In den als Entscheidungshilfe für den gebietsärztlichen Gutachter gedachten ministeriellen Richtlinien und Beurteilungsgrundsätzen wird

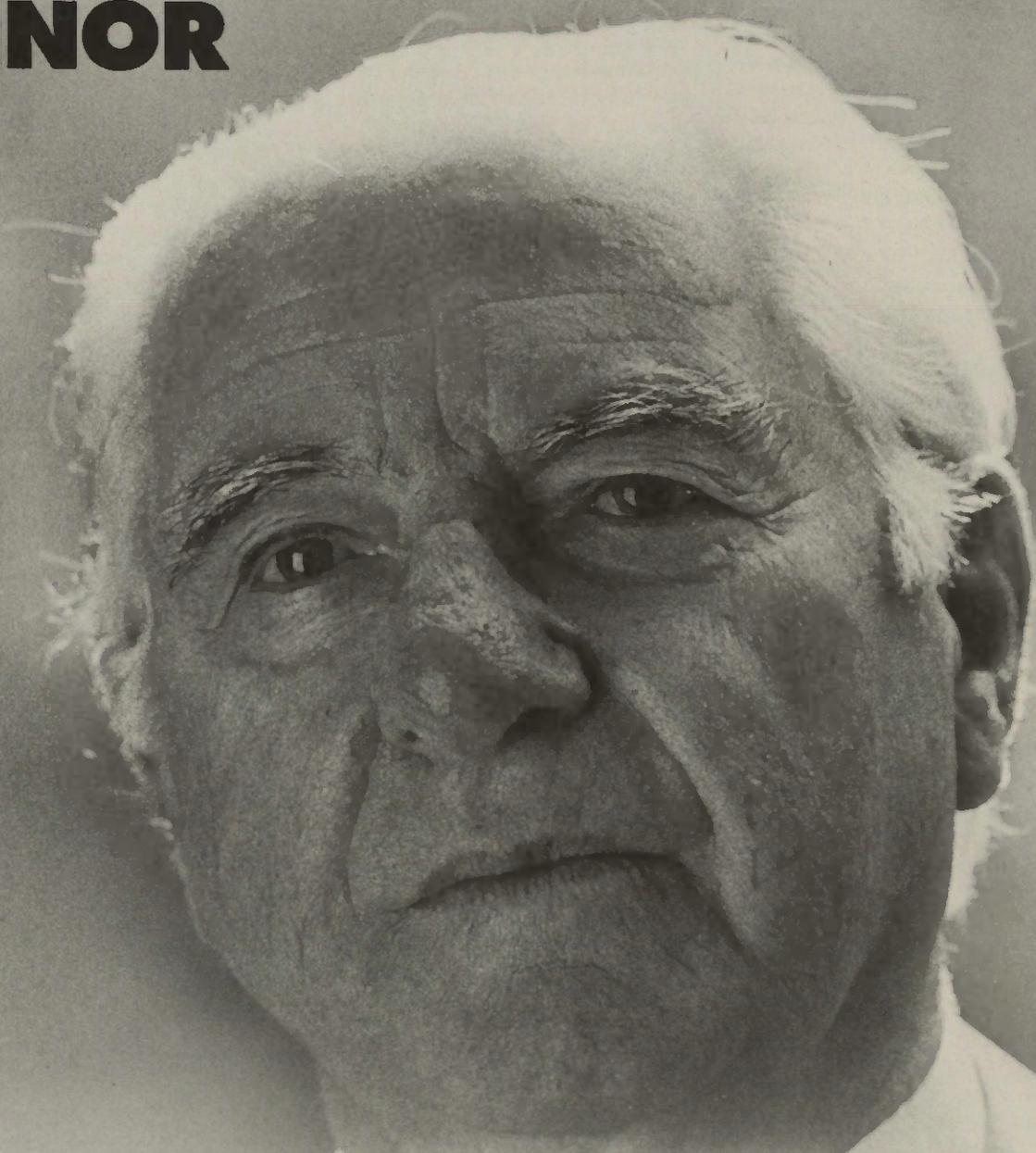
darüber hinaus ganz besonders betont, daß tageszeitliche Bindungen und Prodromi ebensowenig wie das Auftreten seltener Anfälle eine Ausnahmeregelung rechtfertigen. Das gleiche gilt übrigens auch für Absenzen, Jackson-Anfälle, hemiklonische Anfälle sowie für die Narkolepsie. Auf alle Fälle aber ist der behandelnde Arzt verpflichtet, Anfalls- kranke über ihre Fahrtauglichkeit aufzuklären. Es gibt Autoren, die — unabhängig von den zitierten ministeriellen Empfehlungen — die Forderung erheben, daß Epileptiker grundsätzlich vom Straßenverkehr auszuschließen seien. Andererseits kennen wir alle die rehabilitationsfeindlichen Auswirkungen eines solchen rigorosen Vorgehens, das nicht nur bei vielen unserer Kranken das „lähmende Bewußtsein einer Diskriminierung“ hervorruft, sondern sie nicht selten vor echte existentielle Probleme stellt und in der Folge zu einem erbitterten Kampf um den Führerschein führt. Vom juristischen Standpunkt ist davon auszugehen, daß das persönliche Interesse des einzelnen gegenüber dem öffentlichen Anspruch auf Sicherheit im Verkehr zurückzustehen hat. Nach gültigem BVG-Urteil besteht Nicht-eignung zur Lenkung eines Kraftfahrzeuges so lange, als „die jederzeitige Möglichkeit eines Anfalles“ nicht mit Sicherheit auszuschließen ist. Auf der anderen Seite muß man sich klarmachen, daß in recht gut übereinstimmenden Statistiken nur 0,1 bis 0,3 % aller Verkehrsunfälle durch epileptische Anfälle verursacht werden. Somit spielen diese als Unfallursache im Straßenverkehr eine ganz untergeordnete Rolle. Etwa fünfmal so häufig werden Unfälle durch Alkoholmißbrauch, rund 1500mal so oft durch überhöhte Geschwindigkeit verursacht. Man wird BAY recht geben müssen, wenn er meint, daß bei der so dringend notwendigen Verminderung der Anzahl an Verkehrsopfern der Hebel nicht gerade bei den Epileptikern angesetzt werden müßte. Ebenso auch, wenn er fortfährt: „Mitunter kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß die Intransparenz der zuständigen Stellen gegenüber den Epileptikern das schlechte Gewissen in der Promillefrage kompensieren soll.“ Dies sollte aber ganz gewiß nicht dazu führen, allzu leichtfertig positive Fahrtauglichkeitsgutachten abzugeben. In Fällen mangelnder Einsichtsfähigkeit, beim Vorliegen psychischer Veränderun-

Wenn das Alter  
zunimmt, nimmt die  
Nierenfunktion ab.  
Auch bei Ihren  
Glykosid-Patienten.

**DIGIMERCK®**  
**MINOR**

- Zwei Eliminationswege: Niere und Darm
- Dadurch konstante Elimination auch beim älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion
- Wirkspiegel konstant im therapeutischen Bereich
- Einfachste Dosierung: nur 1 Tablette täglich
- Kastengünstige Therapie

**DIGIMERCK®**



Digimerck® minor · Digimerck®. **Zusammensetzung:** 1 Tablette Digimerck minor enthält 0,07 mg Digitoxin, 1 Tablette Digimerck 0,1 mg, 1 Dragee Digimerck 0,1 mg, 1 ml (= ca. 30 Tropfen) der Digimerck-Tropfen 0,1 mg, 1 Ampulle Digimerck 0,25 mg in 1 ml. **Anwendungsgebiete:** Digimerck kann bei allen Formen der Herzinsuffizienz angewendet werden. Es ist speziell geeignet für die Dauerbehandlung, auch bei Herzinsuffizienz mit verminderter Nierenleistung, sowie für die Anwendung bei supraventrikulären tachykarden Arrhythmien. **Gegenanzeigen:** Das Präparat darf nicht angewendet werden bei Hyperkalzämie, Kaliummangelzuständen, schwerer Bradykardie, ventrikulärer Tachykardie (Intoxikation!), vorgesehener Kardioversion. **HINWEIS:** Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen. Cave gleichzeitige intravenöse Kalziumtherapie. Eine Digitalisintoxikation schließt eine Digitalistherapie selbstverständlich aus. **Nebenwirkungen:** Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, unregelmäßiger Puls, Halluzinationen, Sehstörungen (meist Gelbsehen), sind besonders bei Überdosierung möglich. **Wechselwirkungen:** Saluretika (Dauermedikation), Laxanzien (Abusus), Amphotericin B und Glukokortikoide können die Wirkung des Digitoxins durch Kaliummangel verstärken. Kalziumsalze, intravenös verabreicht, erhöhen die Toxizität von Digitoxin. Gleichzeitige Gabe von Colestyramin vermindert Resorption und Rückresorption aus dem Darm. Die Glykosidwirkung kann bei zusätzlicher Medikation von Phenybutazon, Phenobarbital, Phenytoin und Rifampicin vermindert sein. Reserpin kann, zusätzlich verabreicht, zu einer weiteren Verlangsamung der Herzfrequenz führen. **Handelsformen:** Digimerck® minor: Tabletten zu 0,07 mg: 50 Tabletten (N2) DM 6.55, 70 Tabletten (Kalenderpackung) DM 9.15, 100 Tabletten (N3) DM 11.70. Digimerck®: Tabletten zu 0,1 mg: 50 Tabletten (N2) DM 6.70, 100 Tabletten (N3) DM 11.70. Dragees zu 0,1 mg (dünn darm löslich): 50 Dragees (N2) DM 6.70. Tropfen (1 ml = 0,1 mg Digitoxin = ca. 30 Tropfen): Tropfflasche mit 30 ml DM 7.65. Ampullen zu 0,25 mg in 1 ml: 5 Ampullen DM 5.70. Ferner Anstalts-Packungen. Apoth.-Abg.-preise. Stand 15.10.1982. ■ E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1.

gen oder bei Neigung zu Alkoholabusus wie auch bei Unzuverlässigkeit in der Befolgung ärztlicher Behandlungsanweisungen sollte ein eher rigoroser Standpunkt eingenommen werden, um als Gutachter nicht gegen die Verpflichtung gegenüber der Allgemeinheit zu verstoßen. Um so eher wird man dann in geeigneten Fällen bei Berücksichtigung aller relevanten Gesichtspunkte von den allgemeinen Richtlinien abweichen und Ausnahmen zugunsten eines Kranken verantworten können, ohne gegen die berechtigten Interessen der übrigen Bevölkerung zu handeln.

Es entspricht der allgemeinen Einstellung der Bevölkerung bzw. der Öffentlichkeit zum Epileptiker, daß der Erkrankung eine hohe kriminogene Valenz zugeschrieben wird. Die Kriminalität wird indes stark überschätzt; bei nicht-wesensveränderten Epileptikern übersteigt sie jedenfalls die der Gesamtbevölkerung keineswegs.

Zivilrechtlich wird Geschäftsunfähigkeit nur bei schwerem dementiellen Abbau angenommen werden können. Entmündigungen, vorläufige Vormundschaft oder endgültige Anstaltseinweisung infolge schwerer hirnorganischer Wesensänderungen werden immer seltener. Das gleiche gilt für Scheidungs- und Eheauflösungsklagen wegen Epilepsie.

Professor Dr. A. Soyka, Kiel:

### Herz- und kreislaufabhängige Anfälle

Das verbindende Element dieser Anfallsgruppe ist die paroxysmale Bewußtseinsstörung, meist in Form einer kurzen Bewußtlosigkeit. Im Gegensatz zu den epileptischen Manifestationen ist die zugrunde liegende zerebrale Funktionsstörung sekundärer Natur und resultiert aus einer Hypoxie bei plötzlichem Herz- oder Kreislaufversagen. Wir unterscheiden vagovasale oder synkopale Anfälle, das Karotissinus-Syndrom, Adams-Stokes-Morgagni-Anfälle und das Effort-da-Costa-Syndrom.

Bei den *vasovasalen Anfällen* versackt infolge einer plötzlich einsetzenden vagotonen Kreislaufumstellung das Blut in die Körperperipherie. Sinkt der arterielle Mitteldruck unter einen Grenzwert von 70 mm Hg und damit unter den Bereich der

physiologischen zerebralen Autoregulation ab, so geht die Hirndurchblutung erheblich zurück, und es setzt eine Hypoxie des Hirngewebes ein. Prodromi sind Schwindelgefühl, Flimmern, Schwarzwerden vor den Augen und Schweißausbruch. Hat der Patient keine Gelegenheit mehr, sich rasch hinzulegen, so sinkt er bewußtlos zu Boden. Hält die Hypoxie länger als zehn Sekunden an, so können kurze tonische Krämpfe oder unregelmäßige klonische Zuckungen hinzutreten. In der Horizontalen kehrt das Bewußtsein nach kurzer Zeit zurück. Differentialdiagnostisch von Bedeutung ist die Tatsache, daß im generalisierten epileptischen Anfall der Patient wie vom Blitz getroffen bewußtlos mit einem sofort einschließenden generalisierten Streckkrampf zu Boden stürzt, während der von einem Kreislaufversagen überraschte Patient eher langsam zu Boden gleitet. Im epileptischen Anfall wird der initiale Streckkrampf nach etwa 20 bis 30 Sekunden durch rhythmische klonische Zuckungen der gesamten quergestreiften Muskulatur abgelöst. Der Ohnmächtige bietet demgegenüber einen schlaffen Muskeltonus. Nur bei längerer zerebraler Hypoxie kommt es zu unregelmäßigen tonischen und klonischen Zuckungen, die sich nie generalisieren und auch nicht zum Zungenbiß führen. Die Gesichtsfarbe des Ohnmächtigen ist blaß, die des Epileptikers zyanotisch. Der Puls des Ohnmächtigen ist tachykard und weich, der des Epileptikers eher langsam. Beim Ohnmächtigen finden sich enge, im epileptischen Anfall weit gestellte lichtstarre Pupillen. Da der Patient im Liegen rasch das Bewußtsein wiedererlangt, hat der hinzugerufene Arzt selten Gelegenheit, den Anfall unmittelbar zu beobachten. Die Differentialdiagnose ist bei genauer Exploration mit der nötigen Zuverlässigkeit möglich.

Ein *Karotissinus-Syndrom* liegt vor, wenn die Synkopen durch einen überstarken Karotissinus-Reflex mit Hemmung des Herzschlages und starkem Blutdruckabfall ausgelöst werden. Die Voraussetzung für einen solchen enthemmten Reflexmechanismus ist meist eine Gefäßwandschädigung im Bereich der Karotidgabel durch Arteriosklerose oder andere Gefäßleiden. Auch Digitalisglykoside, Insulin und Gallensäuren können den Karotissinus sensibili-

sieren und dadurch eine Hyperaktivität auslösen. Seltene Lokalfaktoren sind Lymphknotenschwellung oder Glomustumor. Die Synkopen treten spontan auf und werden durch Kopfbewegung nach vorn oder hinten, durch starkes Pressen oder Heben einer schweren Last ausgelöst. Zur Sicherung der Diagnose läßt sich am liegenden Patienten ein (vorsichtiger!) Karotissinus-Druckversuch ausführen. Die Anfälle lassen sich durch Atropin in einer Dosis von 0,5 mg intravenös oder intramuskulär beseitigen. Die Implantation eines Herzschrittmachers ist empfehlenswert.

Bei den *Adams-Stokes-Morgagni-Anfällen* wird die zerebrale Durchblutungsstörung durch eine akute bradysystolische oder auch tachysystolische Herzrhythmusstörung ausgelöst. Die zerebrale Minderdurchblutung bewirkt eine Bewußtseinsstörung bis zur Bewußtlosigkeit, nicht selten verbunden mit generalisierten tonisch-klonischen Krämpfen, Atemstörung, unwillkürlichem Urin- und Stuhlabgang, Leichenblässe oder auch Zyanose.

Synonyme für das *Effort-da-Costa-Syndrom* sind Bezeichnungen wie Herzangstsyndrom, Herzneurose und sympathikovasale Anfälle. Die Attacke setzt mitten in einer Beschäftigung oder auch aus dem Schlaf heraus ein. Charakteristisch ist eine anfallsweise urplötzlich und elementar auftretende Herzangst, die sich bis zur Todesangst steigern kann. Der Patient verspürt Schmerzen in der Herzgegend, die von körperlicher Belastung unabhängig sind. Er hat das Gefühl des Herzstillstandes oder des drohenden Herzinfarktes. Eine Fülle weiterer psycho-vegetativer Symptome können hinzutreten, wie Schwindelgefühl, allgemeine Unsicherheit, Umfallneigung, Herzklopfen, -jagen, -flattern, innere Unruhe, Übelkeit, Beklemmung, Luftnot, Erstickungsgefühl, allgemeine Schwäche, Parästhesien, Kopfschmerz und -druck, Schwommensehen, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen usw. Als Ursache dieses Syndroms lassen sich meist aktuelle seelische Konflikte erulieren.

In der Differentialdiagnose der herzkreislaufabhängigen Anfälle ist an epileptische Paroxysmen, flüchtige Bewußtseinsstörungen im Rahmen einer intermittierenden Basilaris-In-

suffizienz, hypoglykämische Reaktionen, sympathikotone Krisen, das Dumping-Syndrom, das Flush-Syndrom sowie psychogene Anfälle zu denken.

Professor Dr. H. Lechner, Graz:

### Intermittierende zerebrovaskuläre Insuffizienz

Wenn auch unverändert die Diagnose der zerebrovaskulären Insuffizienz (Synonym: transitorische ischämische Attacke = TIA) eine klinische ist, so haben doch die apparativen Untersuchungsmethoden sehr viel dazu beigetragen, klinische Phänomene besser zu verstehen und einfacher zu einer definitiven Diagnose zu kommen. Unterschiedliche Aussagekraft der verschiedenen apparativen Untersuchungsmethoden und ihre Belastung für den Patienten machen es notwendig, daß vor jeder Untersuchung die Frage geklärt werden muß, ob diese für den Patienten auch einen entsprechenden Gewinn bringt.

Die Computertomographie (= CT) erfüllt in idealer Weise die Forderung nach Abgrenzung von Erkrankungen mit insultartigem Verlauf, z. B. eines Tumors oder eines Subduralhämatoms. Bei der Beurteilung der Ischämie selbst ist es von Bedeutung, daß bei Enzephalomazien nur in ungefähr neun Prozent im CT kein Infarkt gefunden wird, während bei TIA immerhin noch in 17 Prozent Infarkte gefunden werden, obwohl sich die klinische Symptomatik über einen Intervall von höch-

stens 24 Stunden zurückgebildet hat. Dies zeigt klar, daß auch nach Abklingen fokaler neurologischer Symptome innerhalb von 24 Stunden noch ein definitiver Infarkt im CT nachweisbar sein kann. Dies ist natürlich nicht nur diagnostisch von Bedeutung, sondern hat auch Folgen für die Therapie, z. B. im Falle einer Antikoagulantienbehandlung oder einer geplanten gefäßchirurgischen Operation.

Vor Einführung des CT hat die Szintigraphie sicher einen wichtigen Platz in der morphologischen Diagnostik zerebrovaskulärer Erkrankungen eingenommen. Bei der Möglichkeit eines CT hat die Szintigraphie ihre Bedeutung nahezu verloren. Dagegen hat die Messung der regionalen Hirndurchblutung nach wie vor eine gewisse Berechtigung für Therapiekontrollen als auch zur Indikationsstellung für einen gefäßchirurgischen Eingriff.

Was die CT bei den zerebralen Erkrankungen darstellt, sind im Hinblick auf die Nichtinvasivität die Ultraschallverfahren in der Darstellung der Karotisbifurkation. Es kann dabei die Gefäßmorphologie ohne Belastung für den Patienten erfaßt werden. Dabei mißt die Doppler-Sonographie die Flußgeschwindigkeit in den Gefäßen und Stenosen bis zu 60 Prozent Lumeneinengungen können in 95 Prozent diagnostiziert werden. Es hat sich jedoch gezeigt, daß die Doppler-Sonographie zur Zeit zwar eine wertvolle Screening-Methode ist, zum definitiven Nachweis oder Ausschluß einer Gefäßstenose aber unverändert die Angiographie notwendig ist.

Die Angiographie ist nur dann notwendig, wenn die Aussagemöglichkeiten nichtinvasiver Methoden ausgeschöpft sind und sich aus einem positiven angiographischen Befund Konsequenzen für den Patienten ableiten. So wird trotz der Computertomographie manchmal zu einer endgültigen Abklärung eines Krankheitsbildes die Angiographie noch notwendig sein. Dabei hat sich jedoch gezeigt, daß nach Einführung der CT die Zahl der angiographischen Untersuchungen deutlich abgenommen hat. Laboruntersuchungen bei TIA geben Aufschluß über die rheologische und metabolische Situation und die Notwendigkeit ihrer Behandlung.

Hinreichend bekannt ist die Tatsache, daß zur optimalen Behandlung einer TIA eine konsequente Herz- und Blutdrucktherapie notwendig ist. Für die antiödematöse Therapie werden heute hyperosmolare Lösungen eingesetzt, während Corticosteroide keine wesentliche positive Wirkung haben sollen. Eine gesteigerte Thrombozytenaggregation ist mittels Acetylsalicylsäure, Pridamol oder Tinofedrin zu behandeln.

Da mehrere Untersuchungen gezeigt haben, daß es in 30 bis 50 Prozent einer TIA zum Auftreten eines ischämischen Insultes kommt, ist eine prophylaktische Therapie erforderlich. Neben einer konsequenten Behandlung aller vaskulären Risikofaktoren muß eine Antikoagulantientherapie und ein chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem diskutiert werden.

## Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

### Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:

mono-Magnesium-L-aspertat-hydrochlorid-trihydrat	614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (BD,78 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspertat-hydrochlorid-trihydrat	737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspertat-hydrochlorid-trihydrat	1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 1D mval (121,58 mg)	
Verdeuliche Kohlenhydrate 3,1 g	

### Indikationen

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Festenkuran, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein- Prophylaxe.

### Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie. **MAGNESIOCARD®-Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis.

# MAGNESIOCARD®

Therapeutisches Prinzip:  
Streßabschirmung,  
Calcium-Antagonismus, Lipidsenkung

Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyerrhythmie angezeigt.

### Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

### Handelsformen und Preise

Kaps.: 25 DM 1D, 25, 5D DM 19,55, 100 DM 35,2D  
 Tebl.: 25 DM 1D, -, 5D DM 19,2D, 100 DM 34,4D  
 Granulat zum Trinken  
 8tl.: 2D DM 13,35, 5D DM 29,75, 100 DM 49,95  
 Amp. i. m.: 2 DM 3,85, 5 DM 8,8D  
 Amp. i. v.: 3 DM 8,85, 1D DM 2D,45

**VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.**

Professor Dr. F. Léhoda, München:

### Anfallssyndrome bei metabolischer bzw. endokriner Grundstörung

Anfallssyndrome bei metabolischen bzw. endokrinen Störungen spielen im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen bei zerebralen Anfallsleiden eine wichtige Rolle. Im allgemeinen gilt dabei die Regel, daß es bei derartigen Störungen zu Gelegenheitsanfällen nach Art generalisierter Grand-mal-Anfälle kommt und fokale Anfälle zu den Seltenheiten gehören. Das EEG ist dabei im Intervall meist unauffällig. Metabolische und endokrine Entgleisungen stören die Stabilität des Membranpotentials der Neuronen, und das führt zu einer abnormen zerebralen Erregbarkeit.

Da sich in der Leber nicht nur die Mehrzahl der intermediären Stoffwechselprozesse abspielen, sondern hier auch die Entgiftung, Inaktivierung und Ausscheidung körpereigener und körperfremder Stoffe stattfindet, steht dieses Organ hier im Mittelpunkt des Interesses, auch wenn Nieren-, Nebennieren- und Schilddrüseninsuffizienz von Bedeutung sind. Bei massiver Leberparenchymschädigung, deren Endstufe der Leberzellzerfall darstellt, kommt es unter Ausfall der Entgiftungsfunktion der Leber zu einer Hyperammonämie, die unmittelbar toxisch auf das zentrale Nervensystem einwirkt. Hauptquelle des Ammoniaks ist dabei das Kolon, wobei der aus dem Intestinaltrakt stammende Ammoniak wie bei der Leberzirrhose durch einen portosystemischen Kreislauf die Leber umgeht. Akute Verwirrtheit und Erregungszustände mit halluzinatorischem Inhalt dominieren im klinischen Bild, aber auch Gelegenheitsanfälle können häufig beobachtet werden. Gottstein konnte nachweisen, daß bei Leberzirrhose die Glucoseaufnahme bzw. -zufuhr auf die Hälfte der Norm im Gehirn reduziert ist, was die wesentliche Rolle hypoglykämischer Erscheinungen beim Zustandekommen zentralnervöser Komplikationen auch im Rahmen dieser Erkrankung verdeutlicht. Das ist auch der Grund, warum die zunehmende Häufigkeit des Diabetes mellitus im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen bei Anfallssyndromen ein aktuelles Problem darstellt. Hierbei ist von Interesse, daß eigenartigerweise im Neuron sowohl durch

Hypo- als auch durch Hyperglykämie eine hypoglykämische Hypoxydose ausgelöst werden kann. Bei der Hypoglykämie ist ein Absinken des Blutzuckerspiegels auf 40 mg % als kritische Grenze anzusehen. In diesem Zusammenhang sind auch rezidivierende Spontanhypoglykämien bei Inselzelladenomen zu erwähnen. Differentialdiagnostisch müssen neben der Leberparenchymerkrankung, dem Wegfall von Insulinantagonisten – etwa bei einer Nebenniereninsuffizienz (Morbus Addison) und der Hypothyreose (Myxödem) – auch die paraneoplastisch bedingten Hypoglykämien bei extrapancreatischen Tumoren in Betracht gezogen werden. Zu erwähnen sind auch die Anfallssyndrome, die vorwiegend durch Elektrolytentgleisung bei renaler Insuffizienz und unter Dialyse auftreten.

Dr. U. Reker, Kiel:

### Vestibuläre Schwindelanfälle

Nach der Qualität des Schwindels unterscheiden wir die vestibuläre von der nicht-vestibulären Form. Beim vestibulären Schwindel handelt es sich um einen systematischen Drehschwindel mit Scheindrehung der Umgebung, bei der nicht-vestibulären Form um einen asystematischen ohnmachtsähnlichen Schwindel mit Scheindrehung im Kopf und Schwarzwerden vor den Augen. Diese Differenzierung ist eine diagnostische Hilfe, aber keine definitive Entscheidungsbasis. Vestibulärer Schwindel wird vom Ohrenarzt durch den Nystagmus und die kalorische Vestibularisprüfung diagnostiziert. Den anderen Ärzten geben die Begleitsymptome Hinweise: eine Schwerhörigkeit, störendes Ohrgeräusch oder Ohrsekretion. Drei Formen des vestibulären Attackenschwindels, nämlich die Ménière-Erkrankung, der akute einseitige Vestibularisausfall und der paroxysmale Lagerungsschwindel, sollen hier beschrieben werden.

Die Ménière-Erkrankung ist definiert durch subjektiven Schwindel in Form von Schwindelattacken, einseitiger Schwerhörigkeit und einseitigem Ohrgeräusch. Ein reiner Drehschwindel mit Scheinbewegung der Umgebung tritt plötzlich und ohne jeden Grund auf, und das Drehgefühl dauert ungefähr zehn Minuten

bis maximal zwei Stunden. Es kommt zu Übelkeit und manchmal Erbrechen, die länger als der Drehschwindel anhalten können. Objektiv entspricht dem Drehschwindel ein Nystagmus, der nach dem Schwindelanfall ohne Hilfsmittel häufig nicht mehr zu erkennen ist. Mit dem Anfall kommt es zu schlagartig einsetzender einseitiger Schwerhörigkeit, die von einem Ohrgeräusch begleitet wird. Diese beiden Symptome erholen sich nur langsam und meist unvollständig.

Nur bei schwerem Anfall ist die Therapie sedierend und antiemetisch, z. B. mit Vomex A<sup>®</sup>. Außerdem versucht man, die Durchströmung der Arteria labyrinthi mit z. B. Stutgeron<sup>®</sup>, Vasomotal<sup>®</sup> oder Aequamen<sup>®</sup> zu verbessern. Für schwere Fälle gibt es operative Eingriffe am Innenohr und eine operative Durchtrennung des Nervus vestibularis.

Der *akute isolierte einseitige Vestibularisausfall* wird relativ selten diagnostiziert, scheint aber doch relativ häufig zu sein. Es handelt sich um einen rein vestibulären Drehschwindel mit Scheinbewegung der Umgebung, der länger als bei der Ménière-Erkrankung dauert, sich aber nach Tagen bis einige Wochen zurückbildet. Der Nystagmus ist bei diesem Krankheitsbild sehr deutlich und kann auch ohne Hilfsmittel an den ersten beiden Tagen erkannt werden. Von differentialdiagnostischer Bedeutung ist, daß der vestibuläre Nystagmus auch beim Geradeausblick feststellbar ist, während beim Blickrichtungsnystagmus durch Sedierung dieser fehlt. Der Otologe stellt neben einem Spontannystagmus die Aufhebung der kalorischen Erregbarkeit eines Labyrinthes fest. Zur Beobachtung des vestibulären Nystagmus wird die Frenzel-Leuchtblille benutzt.

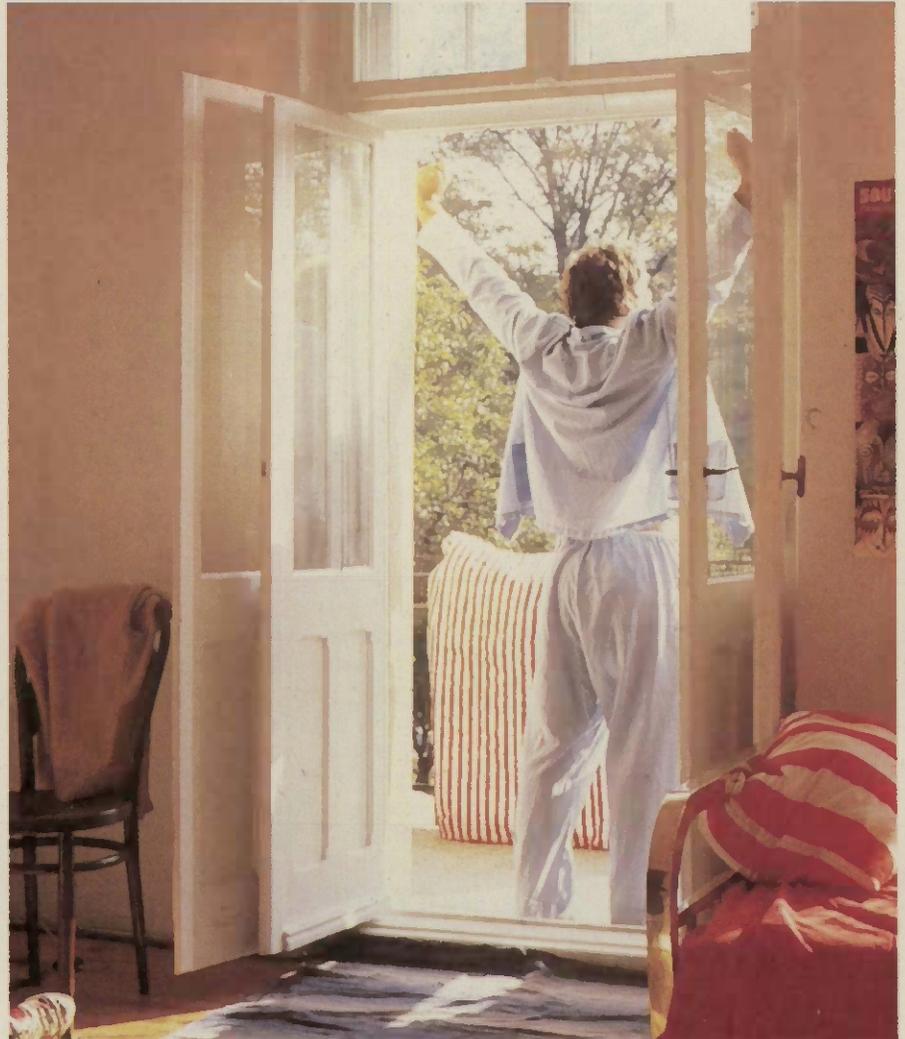
Da wahrscheinlich ein Virusinfekt die Ursache dieser Erkrankung ist, ergeben sich kaum Möglichkeiten einer kausalen Therapie; auch hier wird Vomex A<sup>®</sup> eingesetzt und daneben Medikamente mit Vitamin B-Komplex zur Förderung der Mikrozirkulation. Die Prognose der Erkrankung ist relativ gut, da entweder eine Erholung des peripheren Sinnesorganes erfolgt oder bleibende einseitige Defekte zentral kompensiert werden. Die Förderung der zentralen Kompensation erreicht man durch ein Übungstraining, ins-



# Noctamid

Das moderne, niedrig dosierte  
Benzodiazepin-Schlafmittel  
von Schering.

... für eine gute Nacht  
... für einen guten  
Morgen  
... für einen guten Tag



Mit Noctamid stimmt  
der Schlafablauf wieder, und  
es gibt keinen hang-over.

Noctamid ist das  
»Wirklich-Nur-Schlafmittel«.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Noctamid<sup>®</sup>-0,5/Noctamid<sup>®</sup>-1 enthält 0,5 mg/1 mg Lormetazepam. **Anwendungsgebiete:** Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom. Bis zum Vorliegen entsprechender Erfahrungen sind Schwangere und Patienten unter 18 Jahren nicht zu behandeln. Dies gilt vorläufig auch noch für stillende Frauen. **Nebenwirkungen:** Bei besonders empfindlichen Personen sowie überhöhter Dosierung kann es am Tag nach der Einnahme zu

Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindel und Bewegungsunsicherheit kommen. Es ist vorerst nicht auszuschließen, daß sich bei Patienten im akuten Stadium endogener Psychose, insbesondere bei schwerer Depression, in Einzelfällen die Krankheitszeichen verstärken. **Wernhinweise:** Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden, besonders im Zusammenwirken mit Alkohol. Nach längerfristiger täglicher Anwendung können wie bei anderen Schlafmitteln durch plötzliches Absetzen Schlafstörungen vorübergehend verstärkt wieder auftreten. Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungstyps ist der Nutzen einer fortgesetzten Anwendung gegen das Risiko von Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen.

**Peckungen und Preise** lt. AT: 20 Tablet-

ten (N2) mit je 0,5 mg/1mg DM 9,63/DM 11,99. **Dosierung:** Einzeldosis im allgemeinen 1 mg. Sie kann je nach Art und Schweregrad der Schlafstörungen verdoppelt oder auch halbiert werden. Besonders ältere Patienten und solche in reduziertem Allgemeinzustand kommen oft mit 0,5 mg aus. Sofern mit Schlafmitteln vorbehandelt wurde, die Barbiturate enthalten, empfiehlt sich für die erste Woche die doppelte Einzeldosis (d.h. 2 mg). **Wechselwirkungen:** Bei Kombination mit anderen zentral wirksamen Medikamenten vom Typ der Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika oder Anästhetika ist mit einer Verstärkung des zentral dämpfenden Effekts dieser Präparate zu rechnen. Auch bei Einnahme mit Alkohol muß mit gegenseitiger Wirkungsverstärkung gerechnet werden.

November 1982 ©

Schering Aktiengesellschaft  
Postfach 65 03 11, D-1000 Berlin 65

besondere Vermeiden langer Bett-  
ruhe und frühzeitiges Aufstehen.  
Obwohl häufig verordnet, ist länger-  
fristige Sedierung strikt abzulehnen.

Beim *paroxysmalen Lagerungs-  
schwindel* (Sekundenschwindel)  
handelt es sich um ein neues Krank-  
heitsbild, dessen definitive Abgren-  
zung sich erst in letzter Zeit durch-  
gesetzt hat. Der Schwindel wird  
durch Lagerung, also durch Ände-  
rung der Lage ausgelöst. Typisch ist  
die Angabe, daß nicht nur beim  
Aufrichten, sondern auch beim Hin-  
legen oder beim Legen auf die Seite  
sehr heftiger kurzer Schwindel auf-  
tritt. Bei der otologischen Untersu-  
chung wird der Patient mit seitlich  
verdrehem Kopf plötzlich in die Ho-  
rizontale gebracht. Mit einer Latenz  
von ungefähr zwei Sekunden tritt ein  
sehr heftiger rotatorischer Nystag-  
mus auf, der fünf bis zehn Sekun-  
den anhält. Nach plötzlichem Wie-  
deraufrichten findet sich ein rotato-  
rischer Nystagmus in Gegenrich-  
tung. Wichtig ist noch, festzustellen,  
daß der Lagerungsschwindel nicht  
stets reproduzierbar ist und nur  
manchmal bei den entsprechenden  
Bewegungen auftritt. Die Ursache  
ist peripher-vestibulär mechanisch  
bzw. lymphokinetisch. Therapeuti-  
sche Möglichkeiten bestehen nicht,  
da der Schwindel so heftig ist, daß  
er durch vestibulär dämpfende Me-  
dikamente in üblicher Dosierung  
nicht zu hemmen ist. In einigen Fäl-  
len verlieren sich die Beschwerden  
in einigen Wochen, in anderen Fäl-  
len nach vielen Jahren.

Professor Dr. J. Hunger, Hamburg:

#### Anfallswelser Kopfschmerz

Kopfschmerzen im allgemeinen stel-  
len stets nur ein Symptom dar und  
nie eine Krankheitsentität, so daß  
nicht häufig genug dazu aufgefor-  
dert werden muß, eine genaue Ana-  
lyse vorzunehmen und nicht vor-  
schnell auf Dauer ein Analgetikum  
zu rezeptieren.

Wenn nun im folgenden über an-  
fallsweise auftretende Kopfschmer-  
zen gesprochen werden soll, so wird  
mit der attackenhaften Manifesta-  
tionsform ein bereits wichtiges dif-  
ferentialdiagnostisches Kriterium  
thematisiert, und man assoziiert so-  
fort Migräne, Gesicht neuralgien  
und auch das relativ seltene Bing-  
Horton-Syndrom. Aber das paroxy-

smale Element ist beim Kopfschmerz  
häufig keineswegs so eindeutig, so  
daß Vorsicht bezüglich des diagno-  
stischen Wertes angebracht ist.

Kommt jedoch ein Patient in die  
Sprechstunde und schildert eine seit  
vielen Jahren attackenhafte und im-  
mer gleich ablaufende Hemikranie,  
so wird man die Diagnose „Migrä-  
ne“ kaum verfehlen, zumal wenn  
auch über eine begleitende Übelkeit  
und allgemeine Reizüberempfind-  
lichkeit geklagt wird. Kommt es  
außerdem noch zu einem homonymen  
Gesichtsfeldausfall und senso-  
motorischen fokalen Ausfallser-  
scheinungen, eventuell mit Sprach-  
störungen, so spricht man von einer  
*migraine accompagnée*. Demgegen-  
über trägt z. B. der einfache vaso-  
motorische Kopfschmerz chroni-  
schen oder mindestens periodischen  
Charakter, kann sich allerdings  
auch attackenhaft verstärken und  
mit einem Migräneleiden vergesell-  
schafte sein. Allerdings sind Auslö-  
sebedingungen und Therapiekonse-  
quenzen sehr ähnlich. Von Bedeu-  
tung ist, daß die Erstmanifestation  
der Migräne in der Regel bis zum  
30. Lebensjahr erfolgt, jenseits des  
40. Lebensjahres ist sie ausgespro-  
chen selten und sollte zu einer be-  
sonders gründlichen Untersuchung  
führen. In dieser Zeit sollte man  
dann an einen *Hypertoniekopf-  
schmerz* denken, der in den Mor-  
genstunden besonders deutlich wird  
und im Tagesverlauf eher abklingt.  
Kommt es zu ausgesprochen par-  
oxysmalen Intensivierungen, so ist  
an einen labilen Hypertonus oder  
gar an ein Phäochromozytom mit  
plötzlichen Blutdruckspitzen zu den-  
ken.

Bei der Differentialdiagnose kann  
man eine rezidivierende *Subarach-  
noidalblutung* nicht gänzlich ver-  
nachlässigen. Sie verläuft keines-  
wegs immer – wie die Lehrbücher  
suggerieren – mit einer auffälligen  
Nackensteife. Eine sorgfältige Be-  
fragung nach möglichen Auslöse-  
mechanismen, hier also besonders  
nach körperlichen Anstrengungen  
oder intensiven emotionalen Erre-  
gungen, ist somit angezeigt. Die  
Blutung kommt überwiegend aus  
Aneurysmen und Angiomen. Der  
seltenen Verlaufsform, der soge-  
nannten ophthalmoplegischen Mi-  
gräne mit begleitender vorüberge-  
hender Lähmung eines Augenmus-  
kelnerven, meist der Nervus oculo-  
motorius, liegt meist ein Aneurysma

am *Circulus arteriosus Willisii*, meist  
am *Ramus communicans posterior*,  
zugrunde.

Auch Hirntumoren gehen in etwa 50  
Prozent mit Kopfschmerzen einher,  
besonders bei frontaler und infra-  
tentorieller Lokalisation. Sehr häu-  
fig ist der Tumorkopfschmerz halb-  
seitig lokalisiert, und keineswegs  
handelt es sich immer um einen  
chronischen Kopfschmerz. Manche  
Tumoren wie z. B. Kleinhirnge-  
schwülste, Akustikusneurinome und  
Hypophysentumoren, scheinen so-  
gar überwiegend zu einem intermit-  
tierend attackenhaften Kopfschmerz  
zu prädestinieren, und das gleiche  
gilt für alle Tumoren, die die Liquor-  
zirkulation, vor allem im Aquäduk-  
tbereich, stören. Für die Differential-  
diagnose besonders wichtig ist das  
*Bing-Horton-Syndrom*. Es ist ge-  
kennzeichnet durch attackenhaft  
auftretende, immer streng halbsei-  
tige und nie die Gesichtsseite wech-  
selnde Schmerzen, die rasch ein  
äußerst intensives Schmerzmaxi-  
mum erreichen. Der Schmerz ist  
brennend-bohrend-reißend, oft fast  
unerträglich, meist im Augen-Schlä-  
fen-Wangen-Bereich lokalisiert, sel-  
ten weiter irradierend und hält meh-  
rere Minuten bis höchstens ein bis  
zwei Stunden an. Die Schmerzan-  
fälle können sich täglich mehrfach  
wiederholen, wobei meist eine be-  
sondere Bindung an den Nacht-  
schlaf oder Entspannungsphasen  
besteht. Obligate Begleitsymptome  
sind eine homolaterale Augenrötung  
mit Tränenfluß und eine seitenglei-  
che Verschwellung der Nasen-  
schleimhaut. Gelegentlich tritt auch  
ein Horner-Syndrom auf, selten hin-  
gegen eine Gesichtsrötung oder  
Übelkeit. Im Gegensatz zum Migrä-  
nekopfschmerz wollen sich die Pa-  
tienten während der Schmerzattacke  
nicht hinlegen, sondern sind unru-  
hig erregt und möchten gleichsam  
em liebsten mit dem Kopf durch die  
Wand. Bemerkenswert ist ein aus-  
gesprochen periodischer Verlauf mit  
Manifestationszeiten von meist meh-  
reren Wochen und vielmonatigen  
Remissionszeiten.

Schließlich sei als letzte Kopf-  
schmerzform noch der *posttrauma-  
tische Kopfschmerz* kurz erwähnt –  
ein wohl dem vasomotorischen  
Kopfschmerz verwandtes oder gar  
identisches Kopfweg mit einer ganz  
überwiegend chronischen Manife-  
station. Anders verhält es sich hin-  
gegen beim chronischen *subduralen*

**Hämatom**, dessen häufigstes Symptom der Kopfschmerz darstellt, und dieser Kopfschmerz trägt etwa gleich häufig einen intermittierend-attackenhaften und einen chronisch-gleichförmigen Charakter. Diese Konstellation belegt einmal mehr die Wichtigkeit einer gründlichen und gezielten Anamnese.

*Professor Dr. H.-P. Jensen, Kiel:*

### **Die Idlopethische Trigeminalneuralgie**

Die Trigeminalneuralgie unterscheidet sich durch ihren anfallsartigen Schmerzcharakter von jeder anderen bekannten Schmerzart oder Neuralgie. Der blitzartig auftretende vernichtende Schmerz in Verbindung mit motorischen Erscheinungen im Sinne eines Tic douloureux, die Auslösbarkeit des Schmerzanfalles durch den Reiz einer „Triggerzone“ und die refraktäre Phase der Triggerzone nach einem Anfall sind die charakteristischen Erscheinungen der Idiopathischen Trigeminalneuralgie. Der Schmerz wird am häufigsten in das Versorgungsgebiet des zweiten oder dritten Astes, häufig auch beider Äste, projiziert und betrifft nur sehr viel seltener den Stirnast. Die rechte Seite ist häufiger betroffen als die linke. In der Regel handelt es sich um eine Erkrankung im höheren Lebensalter. Abzugrenzen sind andersartige Gesichtsschmerzen mit meist mehr kontinuierlichem Schmerzcharakter und solche mit neurologischen Ausfallserscheinungen, die als „symptomatische Trigeminalneuralgie“ bezeichnet werden, wenn organische Ursachen, wie entzündliche Prozesse der Nachbarschaft, Tumoren usw., bestehen.

Wenn auch bis heute keine einheitliche Ätiologie der idiopathischen Trigeminalneuralgie bekannt ist, so kann aber kaum ein Zweifel daran bestehen, daß physiologische, strukturelle und topographische Besonderheiten des Nerven die Einzigartigkeit des Schmerzcharakters bestimmen. So fand Jannetta als häufige Ursache einer Trigeminalneuralgie eine pulsatorische Kompression in der retroganglionären Verlaufsstrecke des Nerven, besonders im Alter, wenn die Arterien sich infolge von Arteriosklerose verlan-

gern und erweitern. Neben zahlreichen anderen Theorien über die Pathogenese muß auch der epileptiforme Aspekt der Schmerzattacken diskutiert werden, um so mehr, als die Verabreichung von antiepileptischen Medikamenten auch heute noch die wirksamste konservative Therapie darstellt. Neben Diphenylhydantoin (Zentropil®) gilt heute das Carbamazepin (Tegretal®) als besonders wirksames Medikament, von dem man annimmt, daß es den hemmenden Einfluß des retikulären Systems auf die afferenten sensiblen Impulse verstärkt und damit die Schmerzschwelle heraufsetzt.

Trotz aller Fortschritte der Pharmakotherapie müssen noch viele Patienten einer operativen Behandlung zugeführt werden. Mit verschiedenen Operationsverfahren kann der Schmerz der Trigeminalneuralgie beseitigt werden, jedoch muß neben einem unterschiedlich großen Operationsrisiko häufig auch ein mehr oder weniger großer Schaden in Kauf genommen werden. Das ist um so bedeutungsvoller, als bisher kein Operationsverfahren bekannt ist, welches mit 100prozentiger Si-

cherheit eine primäre Schmerzfreiheit und das Ausbleiben eines späteren Rezidivs garantiert. Die Fortschritte in der neurochirurgischen Operationstechnik, insbesondere das Operieren mit dem Operationsmikroskop und feinsten mikrochirurgischen Instrumenten, haben sich auch auf die Behandlung der Trigeminalneuralgie ausgewirkt. Trotzdem ist eine eindeutige Wertung der verschiedenen Verfahren sehr schwierig, und die mitgeteilten Ergebnisse variieren nicht unbeträchtlich. Die Entscheidung für die eine oder andere Methode ist nicht nur von der speziellen Form des Leidens im Einzelfalle, dem Allgemeinzustand und dem meist höheren Lebensalter des Patienten, sondern auch von der individuellen Erfahrung des Operateurs abhängig. Grundsätzlich kann man feststellen, daß Eingriffe an den peripheren Ästen des Nerven, wie Novocain- und Alkoholblockaden oder Exhairen an den Nervenaustrittspunkten, nur selten erfolgreich sind. Sehr viel erfolgversprechender sind Eingriffe am Gasser-Ganglion bzw. im Bereich der retroganglionären Wurzelfasern.

## **II. Aktuelle Gesichtspunkte der antimikrobiellen Therapie**

*Professor Dr. M. Kienitz, Offenbach:*

### **Beta-Laktam-Antibiotika**

Eine gute antibiotische Therapie erstrebt: gezielte Wirksamkeit, dem Krankheitsbild adäquate Intensität der Wirksamkeit, eine hohe Konzentration des Mittels am Orte der Infektion, eine gute Applikationsmöglichkeit und ein geringes therapeutisches Risiko. Daß diese Faktoren keineswegs immer befriedigend erfüllt werden, bedarf keiner Diskussion. Die große Gruppe der Beta-Laktam-Antibiotika enthält alle Penicilline und ebenso alle Cephalosporine. Der in der Grundstruktur dieser beiden genannten Antibiotika enthaltene Beta-Laktam-Ring beinhaltet nicht nur eine chemische Verwandtschaft von Penicillin und Cephalosporinen, sondern auch eine ganze Reihe von gemeinsamen Eigenschaften, obwohl durch die chemischen Unterschiedlichkeiten Wirkungsintensität und -bereich doch erheblich variieren.

Eine wirklich gezielte Therapie ist nur durch die von allen seriösen Bakteriologen geforderte Erregerdifferenzierung mit einem dazugehörigen Antibiogramm zu erreichen. Diese Forderung wird nicht nur für den Harnwegsinfekt, sondern auch für die eitrige Angina tonsillaris, Wundinfektion, Furunkel und eitrige Otitis media gestellt. Vielfach aber ist auch unter optimalen Verhältnissen eine Erregediagnose nicht möglich, wie z. B. in der Regel bei allen Formen der bakteriellen Pneumonie. Seit Einführung des Penicillin G und des ersten Oralpenicillins Penicillin V ist die Penicillinallergie eine jedem Arzt geläufige Tatsache, der stets Rechnung getragen werden muß. Ein Wechsel innerhalb der Penicillingruppe ist sinnlos, da die 6-Amino-Penicillan-Säure bei dieser unerwünschten Nebenwirkung eine entscheidende Rolle spielt. Hingegen handelt es sich bei der sogenannten Ampicillinallergie um eine anders geartete Reaktion, deren

eigentlicher Mechanismus bislang noch nicht geklärt ist.

Bei nachgewiesener Penicillinallergie kann ein Einsatz von Cephalosporinen diskutabel und nützlich sein. Allerdings ist das Kapitel der Cephalosporine verwirrend und unübersichtlich, weshalb hier die oralen Cephalosporine noch einmal erwähnt sein sollen: Cefalexin (Oracef<sup>®</sup>, CaporexIn<sup>®</sup>), Cefradin (Eskacef<sup>®</sup>, Sefril<sup>®</sup>), Cefaclor (Panoral<sup>®</sup>), Cefadroxil (Bidocet<sup>®</sup>). Empfehlenswert scheint nach wie vor das erste Oralcephalosporin, nämlich das Cefalexin, zu sein, und auch die Erfahrungen mit Cefadroxil sind durchaus befriedigend, während die beiden anderen Oralcephalosporine unterschiedlich beurteilt werden.

Zu den häufigen und leicht unterschätzten Erkrankungen gehört die *eitrige Angina*, die in jedem Alter einer konsequenten Behandlung bedarf. Eine ungenügende Behandlung kann ein rheumatisches Fieber, eine Endokarditis oder eine Glomerulonephritis zur Folge haben. Deshalb wird heute eine zehntägige Behandlung mit einem Oralpenicillin als verbindlich angesehen. Auch bei den sonstigen bakteriellen Infekten der Luftwege, wie etwa der Pharyngitis, ist der Einsatz von Oralpenicillinen durchaus angebracht. Erkrankungen des *äußeren Ohres* oder des *Mittelohres* können durch verschiedene Erreger verursacht werden, weshalb ein Abstrich angebracht ist. Dabei wird *Haemophilus influenzae* relativ oft gefunden und ließe sich durch Acidocillin oder Ampicillin günstig beeinflussen. *Bakteriell bedingte Pneumonien* kommen in jedem Lebensalter vor und lassen sich nur selten bakteriologisch klären. Soweit die Beta-Laktam-Antibiotika in Frage kommen, dürfte sowohl ein Versuch mit Amoxicillin oder einem oralen Cephalosporin angebracht sein. Eine zehntägige Therapiedauer sollte nicht unterschritten werden.

Die Zahl der für den niedergelassenen Arzt in Frage kommenden Beta-Laktam-Antibiotika ist zweifellos groß, die Handelsnamen oft verwirrend, und wenn es selbst gut bewanderten Sachkennern schwerfällt, die Neuentwicklung etwa auf dem Cephalosporinsektor kontinuierlich weiter zu verfolgen, ist eine allgemeine Unsicherheit eigentlich unausbleiblich. Deshalb sollte jeder Arzt sich auf einige ihm vertraute Präparate beschränken.

Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt:

### Tetracycline

Ende der vierziger Jahre wurde das erste Tetracyclin, nämlich das Aureomycin, entwickelt — ein Präparat, das heute nicht mehr verwendet werden soll. Etwas später wurden das Terramycin und das Tetracyclin eingeführt, Präparate, die auch heute noch verwendet werden. Mehr als die Hälfte aller Tetracyclinverordnungen fallen heute auf das Doxycyclin, während das Klinomycin sich deshalb nicht durchgesetzt hat, weil bei weiblichen Patienten etwa in zehn Prozent Schwindel in den ersten Tagen auftritt.

Das Wirkungsspektrum der Tetracycline umfaßt grampositive und gramnegative Erreger, wie auch die im Magen-Darm-Kanal vorkommenden Anaerobier, außerdem Chlamydien und schließlich — was besonders wichtig ist — Mykoplasmen. Die beiden letzten Erreger sind sowohl bei Pneumonien als auch bei Harnwegsinfekten heute zu finden. Keime, die nicht in das Wirkungsspektrum fallen, sind alle Proteuserreger, *Pseudomonas* und — von besonderer Bedeutung — heute 35 Prozent aller Koliinfektionen. Doxycyclin und Klinomycin werden im Gegensatz zu allen anderen Tetracyclinpräparaten nahezu vollständig resorbiert und haben eine wesentlich längere Halbwertszeit, so daß man mit einer bzw. zwei täglichen Applikationen auskommt.

In der Klinik werden Tetracycline bei Brucellosen, Rickettsiosen und bei dem sehr seltenen Lymphogranuloma inguinale verwendet, wie auch bei Rückfallfieber, Ornithose, Chlamydien und gelegentlich bei Cholera. Als Alternative können Tetracycline auch bei Aktinomykose, bei dem in Deutschland sehr seltenen Milzbrand und beim Pertussis des älteren Kindes oder des Erwachsenen eingesetzt werden. Bei Penicillinallergie kann auch eine Lues mit Tetracyclin behandelt werden. In der Praxis werden zahlreiche Infekte im HNO-Bereich, aber vor allem auch Schübe einer Bronchitis mit Tetracyclin behandelt. Darüber hinaus wird es bei einigen Formen der Urethritis und manchen Infektionen im gynäkologischen Bereich angewendet, nicht jedoch in der Schwangerschaft. Immer wieder wird das Tetracyclin noch blind, d. h. ohne Erregernachweis und Resistenzprü-

fung, bei Harnwegsinfekten eingesetzt, obwohl zahlreiche Resistenzen (über 35 Prozent bei den Kollibakterien) dieses eigentlich verbleten.

Es bestehen folgende Kontraindikationen: Tetracyclinallergie, Behandlung im zweiten und dritten Trimenon einer Schwangerschaft, bei Säuglingen und Kindern bis zum achten Lebensjahr. Als relative Kontraindikation gilt die stark eingeschränkte Nierenfunktion.

Am häufigsten wird das Doxycyclin — das am meisten verwendete Tetracyclin — bei dem akuten Schub einer Bronchitis eingesetzt. Hier hat sich gezeigt, daß die Dosierung mit täglich zweimal 100 mg über 14 Tage wirksamer ist als nur initial 200 mg und dann täglich 100 mg.

Professor Dr. Dr. D. Adam, München:

### Trimethoprim/Sulfonamid-Kombinationen

Seit dem Jahre 1968 ist es üblich, Sulfonamide in fixer Kombination mit einem Benzylpyrimidin zur Behandlung bakterieller Infektionen klinisch einzusetzen. Der bekannteste und bisher am häufigsten verwendete Vertreter der Benzylpyrimidine ist das Trimethoprim, ein anderer das Tetroxoprim. Benzylpyrimidine sind kompetitive Inhibitoren der bakterieneigenen Dehydrofolat-Reduktasen. Sie hemmen die Reduktion der Folsäure im Bakterienstoffwechsel zur Diphydro- bzw. Tetrahydrofolsäure und greifen damit etwas später als die Sulfonamide in denselben Synthesekreis ein. Sulfonamide blockieren durch antimetabolische Interferenz mit p-Aminobenzoessäure die bakterielle Folsäuresynthese. Im Endeffekt wird durch diese Blockade der Aufbau von Purinen und Pyrimidinen und damit der Aufbau von Protein und Ribonucleinsäuren im Bakterienstoffwechsel unterbrochen. Sulfonamide und Benzylpyrimidine wirken für sich bakteriostatisch, gemeinsam aber haben sie einen bakteriziden Effekt.

Co-Trimoxazol, die als erste registrierte Kombination von Trimethoprim plus Sulfamethoxazol (=TMP/SMZ), steht derzeit in 20 identischen Handelspräparaten zur Verfügung. Die Kombination erwies sich in hun-

**Iberis Amara**



**IBEROGAST® reguliert die gestörte Motorik im Magen-Darm-Trakt**

Das pflanzliche Arzneimittel

**IBEROGAST**

**Bei funktionellen Magen-Darm-Beschwerden**

**Zusammensetzung:** 100 ml enthalten Frischpflanzen-Auszug (6:10) aus 9 g Iberis amara totalis 15 ml, Drogen-Auszug (3,5:10) aus je 3,5 g Herba Chelidoni, Fructus Cardui mariae, Folia Melissa, Fructus Carvi, Radix Liquiritiae, Radix Angelicae, 7 g Flores Chamomillae, 1,75 g Folie Menthae piperitae 65 ml. Das Arzneimittel enthält 25 Gew.-%Äthanol. **Anwendungsgebiete:** Funktionelle Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Sodbrennen, Reflux-Oesophagitis, Hiatus-Hernie, chronische Gastritis, Gastroenteritis, Divertikulose, chronisch inkompletter Ileus, Reizcolon und andere Motilitätsstörungen im Magen-Darm-Trakt).

**Anwendungswiese:** Soweit nicht anders verordnet, 3 x täglich 20 Tr., Kinder 3 x tgl. 10 Tr. **Darreichungsformen:** OP 20 ml DM 6,05; OP 50 ml DM 11,55; OP 100 ml DM 20,60.

Stand 1.1.83

 **Steigerwald**

Arzneimittelwerk GmbH, 6100 Darmstadt

dertausenden von Fällen bei bakteriellen Infektionen als therapeutisch wirksam. Der Anteil an Nebenwirkungen ist nach wie vor relativ niedrig geblieben. Im Laufe der Jahre wurden andere Sulfonamide wie z. B. Sulfamoxol (im Supristol®), Sulfametrol (im Lidaprim®) und Sulfadiazin (im Triglobe®) als Kombinationspartner zum Trimethoprim eingeführt. Es hat weiterhin nicht an Versuchen gefehlt, Trimethoprim-Analoga zu entwickeln. So wurde das bereits erwähnte Tetroxoprim gefunden, das inzwischen in der Kombination mit Sulfadiazin (Sterinor®, Tibirox®) im Handel ist.

**Harnwegsinfektionen** werden in erster Linie durch *E. coli* (bei Erstinfektionen in 80 bis 90 Prozent der Fälle), *Proteus mirabilis*, Klebsiellen, Enterokokken, Proteusarten und *Pseudomonas species* verursacht. Bei einer nicht vorbehandelten primären Harnwegsinfektion kann mit einem gegenüber TMP/SMZ empfindlichen Erreger als Verursacher gerechnet werden. Bei rezidivierenden Harnwegsinfektionen sollte jedoch jeder Behandlung eine Keimisolierung mit Resistenzprüfung vorausgehen. Für die Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfektionen in Kurz- oder Langzeitformen sind TMP/Sulfonamid-Kombinationen neben Nitrofurantoin in niedriger Dosierung ebenfalls Präparate der Wahl.

Die Erreger der *chronischen Bronchitis* sind vorwiegend Pneumokokken und *Haemophilus influenzae*. Für die Behandlung derartiger Infektionen können drei Präparatgruppen empfohlen werden: Aminopenicilline, Tetracycline und TMP-Sulfonamid-Kombinationen. Mit Aminopenicillinen in hoher Dosierung scheint man das längste rezidivfreie Intervall zu erzielen. Ein Nachteil dieser Substanzgruppe ist die relativ hohe Nebenwirkungsrate und eine möglicherweise sich steigernde Resistenz gegenüber *Haemophilus influenzae*. Auch beim Doxycyclin und TMP-Sulfonamid-Kombinationen ist die Resistenzrate relativ hoch.

Die häufigsten Erreger von Sinusitis, Otitis media, Tonsillitis und anderen HNO-Infektionen sind hämolysierende Streptokokken, Pneumokokken, *Haemophilus influenzae* und Staphylokokken. Mittel erster Wahl bei diesen Infektionen sind nach wie vor oral applizierbare Penicil-

line. Bei Unverträglichkeit empfiehlt sich die Gabe von Erythromycin oder oralen Cephalosporinen. Da eine TMP-Sulfonamid-Kombination die hämolysierenden Streptokokken nicht erfaßt und somit die bekannten Folgeerkrankungen wie Glomerulonephritis, rheumatisches Fieber und Myokarditis nicht verhindern kann, ist hier Vorsicht angebracht.

Bei den meisten *bakteriellen Darminfektionen* ist eine antibakterielle Chemotherapie nicht indiziert. Zu den Erkrankungen, bei denen die Chemotherapie indiziert ist, gehören invasive Salmonellosen, Typhus bzw. Paratyphusinfektionen, Shigellosen und Cholera. Zur Behandlung stehen Chloramphenicol, Aminopenicilline und TMP-Sulfonamid-Kombinationen zur Verfügung, wobei die letzteren die deutlich niedrigere Nebenwirkungsrate haben.

In der *Onkologie* hat sich die Kombination TMP-Sulfonamid vor allem zur Prophylaxe und Therapie von *Pneumocystis carinii* - Pneumonien beispielsweise bei Leukämiepatienten oder solchen mit Morbus Hodgkin gegenüber den bisher eingesetzten Pentamidin i. m. deutlich durchgesetzt.

Professor Dr. J. Hengstmann, Bonn:

#### Atypische Pneumonien

Während die klassische Pneumokokkentherapie mit den üblichen klinischen Untersuchungsmethoden auch heute noch relativ leicht zu diagnostizieren ist, handelt es sich bei der atypischen Pneumonie um eine vorwiegend röntgenologisch zu stellende Diagnose. Die in der Praxis häufig vorkommende Trias von Fieber, Kopfweh und Kratzen im Hals führt in seltenen Fällen zu Mitbeteiligung des Infektes im Bronchial-Lungenbereich, und erst die häufigeren Röntgenthoraxaufnahmen haben gezeigt, daß trotz euskultorisch und perkutorisch negativem Befund röntgenologische Veränderungen nachweisbar waren. Auch Pneumokokken wurden nicht gefunden, und so hat erst die Entwicklung der Serologie eine gewisse Differenzierung erbracht. 25 bis 70 Prozent dieser atypischen Pneumonien gehen auf Virusinfektionen zurück, Mykoplasmen sind in 30 bis 60 Prozent die Ursache und wesentlich seltener sind Ornithose und Q-Fie-

ber, und in letzter Zeit gab es einige Fälle der Legionärskrankheit. 40 bis 50 Prozent dieser Erkrankungen bleiben trotz Einsatz aller diagnostischer Mittel ungeklärt.

Das klinische Bild der atypischen Pneumonie ist unabhängig von der Ursache weitgehend einheitlich. An Mykoplasmenpneumonie erkranken am häufigsten relativ junge Menschen zwischen zehn und 40 Jahren, aber auch vorher und nachher gibt es vereinzelte Fälle. Insgesamt scheint die Mykoplasmenpneumonie häufiger zu werden. Bei Viruspneumonien werden vor allem Säuglinge, Kinder und Jugendliche betroffen. Ganz besonders gilt dies für RS-Viren, die bei Erwachsenen nahezu bedeutungslos sind, bei Säuglingen und Kleinkindern aber lebensbedrohliche Pneumonien auslösen können. Eine Sonderstellung nimmt die Grippepneumonie bei Influenza A ein. Es handelt sich um eine Bronchopneumonie, die in der zweiten Krankheitswoche auftritt und bei der vor allem bei älteren Leuten eine bakterielle Superinfektion hinzukommt. Die echte Influenza-Viruspneumonie ist ausgesprochen selten. Sie manifestiert sich bei 20- bis 30jährigen ein bis zwei Tage nach Krankheitsbeginn und geht mit Zyanose, Dyspnoe und blutigem Auswurf einher und kann in wenigen Tagen zum Tode führen.

Die Inkubationszeit beträgt bei Virusinfekten sechs bis 48 Stunden, im Gegensatz dazu bei Mykoplasmen und Ornithose ein bis zwei Wochen, Q-Fieber zwei bis vier Wochen. Danach entwickelt sich ein mehr oder weniger ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit Hitze, Frösteln, Fieberanstieg, Kopf- und Muskelschmerzen. Dieser Zustand dauert ein bis zwei Tage und ist als Ausdruck eines Einbruches des Erregers in die Blutbahn aufzufassen. Bei guter Abwehrlage kann sich das Krankheitsbild damit erschöpfen. Ist das nicht der Fall, treten Organsymptome von seiten der Atmungsorgane wie Laryngitis, Tracheitis oder Bronchitis auf, wobei der trockene, schmerzhaft Reizhusten typisch ist. Erst wenn jetzt der Infekt auf den Alveolarraum und das Lungeninterstitium übergreift, kommt es zu einer atypischen Pneumonie. Das Fieber ist dabei häufig nur mäßig hoch. Nur bei weniger als der Hälfte der Patienten steigt es über 39 Grad, bleibt dann nicht selten einige Tage

in Form einer Continua. Schüttelfröste kommen im Gegensatz zu der Pneumokokken-bedingten Lobärpneumonie nicht vor. Der primär trockene Reizhusten wird später häufig produktiv mit schleimigem Auswurf bei Mykoplasmen und bei Ornithose häufig mit blutigen Beimengungen. Ein Farbwechsel nach gelb-grün zeigt eine Superinfektion an. Insgesamt sind die klinischen Symptome spärlich; zu achten ist auf Endemien. Hat man in einem Dorf fünf Fälle von Q-Fieber, so ist es wahrscheinlich, daß der sechste Fall die gleiche Krankheit hat. Jüngere, in Gemeinschaftswohnungen lebende Menschen sind am häufigsten betroffen. Wie bereits erwähnt, gehen klinischer und röntgenologischer Befund häufig weit auseinander, die Blutsenkungsgeschwindigkeit kann normal sein, es gibt aber auch Fälle mit 100 mm nach Westergren in der ersten Stunde; auch die Leukozytenzahl führt nicht sehr viel weiter, so daß nicht selten erst in der Klinik die Diagnose einer atypischen Pneumonie gestellt werden kann.

Die Therapie bei Viruspneumonien ist symptomatisch, und lediglich die Superinfektion, auf die zu achten ist, muß antibiotisch behandelt werden. Bei Mykoplasmeninfektionen werden Tetracycline und Erythromycin eingesetzt, bei Ornithose Tetracycline und Chloramphenicol, das gilt auch für das Q-Fieber.

*Dr. med. E. Holzer, München:*

#### **Importierte bakterielle Infektionen**

Die Reisen mit dem Flugzeug ins Ausland sind von zwei Millionen im Jahre 1964 auf elf Millionen im Jahre 1977 gestiegen, und dabei haben die Reisen ins tropische Ausland überproportional zugenommen. Dabei hat die Zahl der Reisenden, die unvorbereitet in die Tropen fliegen, zugenommen. Beim Import von Infektionskrankheiten unterscheiden wir fünf Formen:

1. Die direkt importierten Krankheiten — Beispiel: Cholera.
2. Den Import von Krankheitserregern aus den Tropen, z. B. mit Lebens- und Futtermitteln, was wesentlich zur Durchseuchung unter Geflügel- und Viehbeständen führt und damit auch der Bevölkerung, z. B. mit Salmonellen.

3. Reimporte von hier bereits eliminierten Erkrankungen — Beispiel: Poliomyelitis und Brucellosen.

4. Die Krankheiten, die sowohl hier vorkommen, als auch aus den warmen Ländern mitgebracht werden — Beispiel: Typhus und Hepatitiden — und schließlich

5. Einzelimporte aus Nachbarländern: Rickettiosen aus dem Mittelmeerraum oder Tularämie durch Import von infizierten Hasen.

Auch wenn diese Erkrankungen in der täglichen Praxis keine allzu große Rolle spielen, müssen sie doch differentialdiagnostisch häufig erwogen werden; dies gilt vor allem bei Enteritiden.

Jüngerer Datums ist die Erkenntnis, daß Salmonellen antibiotisch nicht behandelt werden sollen, da dadurch die Ausscheidungszeit der Salmonellen verlängert und die Zahl der Dauerausscheider vergrößert wird. Dies wurde 1969 erstmals publiziert, konnte sich aber nur langsam durchsetzen. Eine antibiotische Behandlung ist natürlich erforderlich, wenn der Immunstatus des Patienten gestört oder noch nicht entwickelt ist. Bei der Behandlung geht die Tendenz weg von der parenteralen Elektrolyt- und Wassersubstitution und hin zur oralen Substitution, was ohne weiteres in der Praxis durchgeführt werden kann. Dabei verwendet man eine Mischung aus Glukose, Kalium, Natriumchlorid und Bicarbonat. Auf diese orale Hydratation sprechen auch Enteritiden an, die durch Kamylobacter und Yersinien hervorgerufen worden sind. Darüber hinaus werden Yersinosen mit Tetracyclin behandelt. Auch Shigellosen werden antibiotisch behandelt, da dadurch die Ausscheidungsdauer verkürzt wird. Dabei gibt es allerdings Schwierigkeiten wegen der vielen resistenten Formen, so daß nach einem Antibio-gramm therapiert werden sollte. Daß der Typhus zu Beginn häufig weder Durchfälle noch andere Bauchsymptome machen kann, soll nur in Erinnerung gerufen werden: die klinischen Zeichen sind oft nur Fieber, Kopfschmerzen, Benommenheit und eine hochgradige Erschöpfung. Der Typhus ist ein typisches Beispiel für die Notwendigkeit von Blutkulturen bei hochfieberhaften Erkrankungen vor jeder antibiotischen Therapie. Klinisch von Bedeutung sind die Roseolen, die man

nicht nur sehen, sondern wegen der leichten Erhabenheit auch fühlen kann, beim Typhus nur am Stamm, beim Paratyphus B vor allem an den Extremitäten.

Das Problem beim Typhus und echten Paratyphus ist nicht die antibiotische Therapie, die mit Chloramphenicol, Co-Trimoxazol oder Aminopenicillin durchgeführt werden kann, sondern die Langzeitausscheider, insbesondere, wenn die Gallenblase als Keimreservoir in Erscheinung tritt. Wegen dieses Problems verwendet man 15g Ampicillin pro Tag, aufgeteilt in drei Einzeldosen von 5g intravenös, wodurch die Zahl der Dauerausscheider erheblich reduziert wurde.

Salmonellosen und Shigellosen, aber auch Brucellosen, erwirbt man durch Essen und Trinken. Nachdem der Morbus Bang bei uns nahezu verschwunden ist, treten Brucellosen fast ausschließlich als Importkrankheiten durch Nahrungsmittel auf (z. B. Schaf- und Ziegenkäse) oder sie werden an Ort und Stelle in warmen Ländern erworben, wie z. B. das gefährliche Maltafieber, bei dem Knochenbeteiligungen eine erhebliche Rolle spielen. In Verdachtsfällen sollten neben der Blutkultur-Agglutination, Komplementbindungsreaktion und Brucella-Coombs-test durchgeführt werden. Durch eine zweimalige, jeweils vier Wochen durchgeführte Therapie mit Tetracyclin und Co-Trimazol kann diese Erkrankung in der Regel ausgeheilt werden.

Zu den importierten Krankheiten gehören auch Rickettiosen, wie z. B. das Zeckenbissfieber, das vom Mittelmeerraum bis in die nördlichen Bereiche des Rhönetales auftritt. Man findet, wenn man die Krankheit frühzeitig diagnostiziert, die Primärläsion an der Stelle des Zeckenbisses mit einem charakteristischen, von einem dunkelroten Hof umgebenen, furunkelartigen Geschwür von 2 bis 10 cm Durchmesser mit nekrotischem schwarzen Zentrum und regionaler Lymphadenitis. Diese Erkrankung kann mit Tetracyclin erfolgreich behandelt werden. Andere importierte Krankheiten, wie z. B. Lepra, sind selten, kommen aber vor.

Abschließend sollte betont werden, daß bei der Differentialdiagnose der importierten Erkrankungen nicht nur

die Frage der Tropenmediziner „woher kommst du?“, sondern auch die Frage „woher kommen die Lebensmittel, die du gegessen hast?“, gestellt werden muß.

*Professor Dr. W. Lang, München:*

### **Malarialprophylaxe und Therapie**

Die Malaria ist nach wie vor die bedeutendste und verbreitetste Weltseuche, praktisch den gesamten tropischen und subtropischen Gürtel umfassend. Man kann mit 200 Millionen Neuerkrankungen pro Jahr rechnen und damit mit mehreren Millionen Todesfällen jährlich, die ganz überwiegend der Malaria tropica durch Plasmodium falciparum zuzuschreiben sind. Trotz umfangreicher und aufwendiger Bekämpfungs- und Ausrottungskampagnen, die speziell die Weltgesundheitsorganisation mit großer Energie durchgeführt hat, ist in den klassischen Malariagebieten die epidemische Situation weitgehend unbeeinflusst geblieben. Das hängt vor allem mit der enormen biologischen Zähigkeit der Moskitogattung Anopheles zusammen, der Überträgermücke. Die rasche Resistenzentwicklung gegen Insektizide, speziell DDT, ist dabei das bekannteste Phänomen. Der rasch zunehmende internationale Reiseverkehr hat in den letzten 20 Jahren die Zahl importierter Malariafälle gerade in den westlichen Industrieländern um ein Vielfaches ansteigen lassen. Die Zahl der gemeldeten Fälle läßt in den letzten drei Jahren in der Bundesrepublik auf jährlich 1000 bis 2000 Erkrankungen durch eingeschleppte Malaria schließen. Immer wieder steht man deprimiert vor Todesfällen, die bei rechtzeitiger Diagnosestellung vermieden werden könnten. In fast allen Erkrankungsfällen, vor allem mit der malignen Malaria tropica, war entweder keine oder nur ungenügende Prophylaxe durchgeführt worden. Viele Jahre lang war die Chemoprophylaxe der Malaria – und zwar aller vier Malariaarten – eine denkbar einfache Sache. Das Chloroquin (Resochin®) stellte das schlechthin ideale Prophylaktikum dar, sowohl was die Effektivität als auch die Verträglichkeit betrifft. Eine orale Dosis von zweimal 250 mg Resochin pro Woche, auf einmal oder verteilt genommen, beginnend mit Einreise in das Malariagebiet und endend mindestens vier Wochen nach Verlassen

dieses Gebietes, schützte zuverlässig vor allem gegen die maligne Malariaform durch Plasmodium falciparum. Seit Ende des zweiten Weltkrieges traten Chloroquin-resistente Stämme von Plasmodium falciparum auf, vor allem in Süd-Ost-Asien, aber auch später in Mittel- und Südamerika und vereinzelt in West- und Ostafrika. Diese Resistenz betrifft nach wie vor ausschließlich den Erreger der Malaria tropica. Es gibt bisher keine Hinweise, daß auch Chloroquin-resistente Stämme der drei anderen Plasmodiumformen existieren, also der Erreger der mehr benignen Malaria tertiana, quartana und ovale. Mit der Einführung von Fansidar®, einem Kombinationspräparat aus Sulfadoxin und Pyrimethamin, trat eine gewisse Unsicherheit bei der Prophylaxe und Therapie der Malaria auf. Fansidar® ist in gewisser Weise ein Wundermittel, denn weder

## **70. Regensburger Fortbildungskongreß**

**vom 12. bis 15. Mai 1983  
in Regensburg**

das Sulfadoxin noch das Pyrimethamin haben allein eine befriedigende Wirkung gegen Malaria, weder prophylaktisch noch therapeutisch. In der Kombination liegt aber ein sehr potentes Mittel vor, das sich gegen alle Malariaparasiten als wirksam erwiesen hat, auch und gerade gegen Falciparum-Stämme, die Chloroquin-resistent sind. Es lag deshalb nahe, das Chloroquin generell durch dieses neue Kombinationspräparat zu ersetzen. Inzwischen ist dieser Optimismus jedoch etwas gedämpft, denn es zeigte sich bald, daß eine generelle und ausschließliche Prophylaxe mit Fansidar® nicht befürwortet werden kann. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zunächst besteht die Gefahr, daß sich vielleicht noch viel rascher als bei Chloroquin Resistenzen der Falciparum-Stämme entwickeln. Weiter ist zu betonen, daß Fansidar® durch beide Komponenten keinesfalls so indifferent ist wie Chloroquin. Fansidar®

soll deshalb möglichst nicht länger als drei, höchstens sechs Monate verabreicht werden. Wichtig ist die Frage der Sulfonamidverträglichkeit, die bei jeder Verschreibung zu berücksichtigen ist. Schließlich liegt ein Langzeitsulfonamid vor mit entsprechender Halbwertszeit, so daß allergische Nebenwirkungen besonders hartnäckig sein können. Nicht unwichtig ist auch der Umstand, daß Fansidar® in der Frühschwangerschaft kontraindiziert ist. Auch auf die Gefahr der Knochenmarkschädigung durch Pyrimethamin ist hinzuweisen. Dies sind nur einige Gründe, die dafür sprechen, Fansidar® sozusagen für den Sonderfall in Reserve zu halten und nur dann anzuwenden, wenn eine entsprechende Indikation besteht.

Daraus ergibt sich folgende Empfehlung für die Prophylaxe. Weltweit und ohne Ausnahme soll weiterhin Chloroquin in der üblichen Dosierung angewendet werden. Es soll in Gebieten mit verbreiteter Resistenz von Falciparum-Stämmen genommen werden, weil gerade in diesen Gebieten oft die anderen Malariaarten vorherrschen, die weiterhin sehr Chloroquin-sensibel sind. Bei Reisen in die Gebiete mit Chloroquinresistenz soll zusätzlich zum Chloroquin eine Tablette Fansidar® wöchentlich genommen werden, und zwar so lange, als man sich in diesem Gebiet aufhält. Bei längerem Aufenthalt in Gebieten mit Resistenzen, z. B. aus beruflichen Gründen, wird Chloroquin als Monoprophylaxe und Fansidar® lediglich im Notfall empfohlen. Bei Auftreten eines Fieberzustandes sollen dann drei Tabletten Fansidar® genommen werden, was ja einer kompletten Malariakur entspricht. Man kann dieses Vorgehen auch bei Kurzreisen in solche Malariagebiete empfehlen.

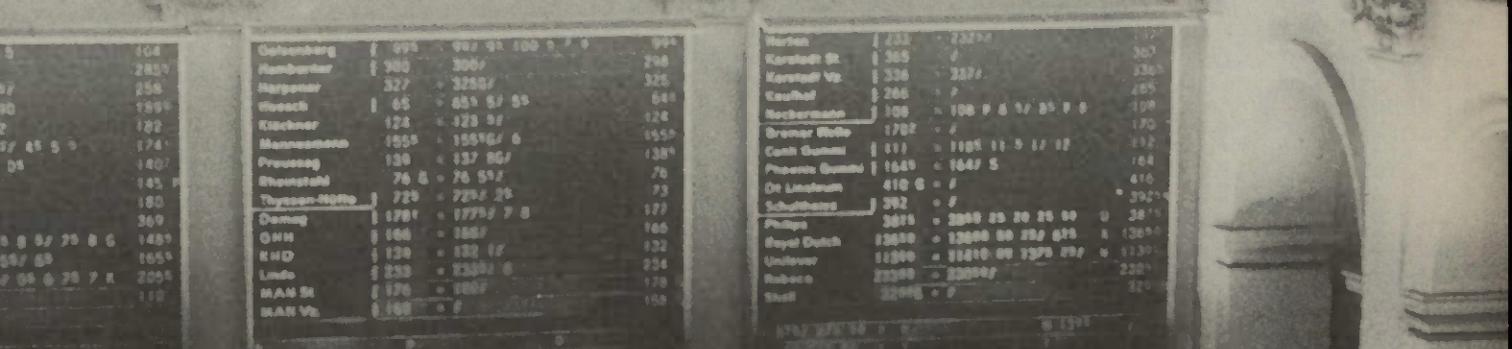
*Dr. Dr. B. H. Belohradsky, München:*

### **Neue Aspekte bei Immunglobulinen**

Auch wenn Immunglobuline nach wie vor selten therapeutisch eingesetzt werden, gibt es legitime Gründe, daß vor allem der Kliniker sich eine Unterstützung seiner Infektionstherapie wünscht – Antibiotika können versagen, die Impfung kommt bei der manifesten Infektion zu spät, und andererseits haben die Immunglobuline bei manchem Infektionen ihre Wirksamkeit bewie-

# Kreislauf des Lebens.

## 51 Jahre. Oft Hausse im Leben - selten Baisse im Leben. Und irgendwann Ihr Coronar-Patient?

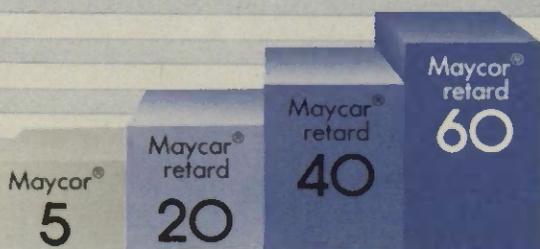


Coronare  
Herz-  
krankheit  
Angina  
pectoris

# Maycor®

## Das Coronar-Programm

Zur individuellen Coronar-Therapie.  
Mehr Sicherheit: konstanter Herz-Schutz -  
Tag und Nacht.



**2 x täglich**

# GÖDECKE

Zukunft für Herz und Kreislauf

selbaren Schmerzmittel. Maycor retard 20/40: Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit, Prophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen, Nachbehandlung des Herzinfarktes, Dauerbehandlung der chronischen Herzschwäche. **Gegenanzeigen:** Hypertonie, Herzversagen, Nieren- und Lebererkrankungen, Hypotonie, Herzrhythmusstörungen, Schilddrüsenerkrankungen, Tachykardie, Schenckel-Blockaden, Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen können beeinträchtigt werden; dies gilt besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatewechsel und zusammen mit Alkohol.

Parke, Deutsches Company, 8000 München 2 · Gödecke AG, 1000 Berlin 10

**Hinweis:** Alkoholische Getränke verstärken Nebenwirkungen. **Handelsformen und Preise:** Maycor 5: Packung mit 30 Tabletten DM 8,35, Packung mit 50 Tabletten DM 11,90, Packung mit 100 Tabletten DM 20,45, Anstaltspackung. Maycor retard 20: Packung mit 30 Retardkapseln DM 13,75, Packung mit 50 Retardkapseln DM 19,70, Packung mit 100 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 40: Packung mit 30 Retardkapseln DM 19,96, Packung mit 50 Retardkapseln DM 29,40, Packung mit 100 Retardkapseln DM 52,40, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 60: Packung mit 30 Retardkapseln DM 27,10, Packung mit 50 Retardkapseln DM 39,20, Packung mit 100 Retardkapseln DM 69,90, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 44,-, Anstaltspackung. Alle Preise mit MwSt.

Stand: Febr. 1983 G 647/0

sen; man braucht nur an die A-Gammaglobulinämie, d. h. den angeborenen Mangel von Antikörpern zu erinnern. Zu Beginn der Entwicklung vor ca. 30 Jahren hatte man nur Präparate, die intramuskulär verwendet werden konnten, und diese hatten eindeutige Nachteile — sie waren schmerzhaft bei der Injektion, brachten nicht schnell genug größere Serumspegel, und man mußte am Ort der Injektion einen Aktivitätsverlust in Kauf nehmen. Notwendigerweise wurde ein intravenös applizierbares Präparat mit guter Verträglichkeit gefordert, das selbst keine Antigeneigenschaften hatte, und außerdem durfte es selbst keine Infektion übertragen. Die heute verfügbaren Präparate sind wirksam, enthalten ein breites Antikörperspektrum, haben eine akzeptable biologische Halbwertszeit und in der Regel ein intaktes Molekül und damit eine intakte Funktion. Das Molekül hat zwei lange und zwei kurze Ketten von Aminosäuren, die miteinander durch Disulfidbrücken verbunden sind. Bestimmte Funktionen sind an besondere Abschnitte des Moleküls gebunden. Fehlen bestimmte Anteile, so ist die Wirksamkeit eingeschränkt — so hat z. B. das Gammavenin® eine sehr kurze Halbwertszeit — und es führt zu keiner Aktivierung des Komplementsystems. Bei nicht-enzymatischer, sondern chemischer Spaltung ergab sich eine neue Generation von Präparaten; so entstand das Intraglobin®, nach weiterer Stabilisierung und Fraktionierung ergaben sich weiter verbesserte Präparate mit guter Verträglichkeit.

Wozu sollte man nun diese Präparate in Praxis und Klinik einsetzen?

Bei strenger Indikation bleiben dann tatsächlich nur nachgewiesene Antikörpermangelzustände und ausgewählte Virusinfektionsprophylaxen. Diese Prophylaxe kann man beim Antikörpermangelsyndrom intramuskulär durchführen, wenn der Patient die notwendige Dosis akzeptiert, die intraglutäal gegeben werden muß. Die notwendige Dosis beträgt 0,7 bis 1 ml pro kg Körpergewicht und nicht weniger. Anderenfalls muß man ein intravenös applizierbares Präparat geben, da dieses aber dreifach geringer konzentriert ist, muß man mindestens 2 ml pro kg Körpergewicht verabreichen. Für die Prophylaxe der Virusinfektionen genügen sehr viel geringere Mengen, die problemlos intramuskulär gegeben werden können, so z. B. bei der Hepatitisprophylaxe 5 ml bei einem Körpergewicht unter 60 kg, 10 ml bei einem Gewicht darüber.

Dann kommt eine Reihe von Indikationen, die bis heute nicht erwiesen sind, deren Zahl sehr groß ist, weshalb man sich auf die Indikationen, die durch kontrollierte Studien klinisch erwiesen sind, konzentrieren sollte.

Es gibt auch Kontraindikationen für die Anwendung von Immunglobulinen, z. B. der Mangel von IgA, weil hier über die Bildung von Anti-IgA später schwere Reaktionen erfolgen können. Sollte man auf der anderen Seite einem Kind, das in den Kindergarten geht und alle vier Wochen mit einem Virusinfekt nach Hause kommt, Immunglobuline geben? Natürlich nicht, denn diese kommerzielle Leihimmunität führt dazu, daß das Kind nicht selbst Anti-

körper bildet, damit in der Eigenproduktion sogar supprimiert wird, was dazu führt, daß dieses Kind dann diese Infektion doch durchmachen muß, wenn man die Substitution abbricht. Ähnlich verhält es sich bei einem alten Patienten, z. B. mit Diabetes mellitus, denn auch hier müßte die Prophylaxe auf Dauer angelegt sein.

Obwohl auf dem deutschen Markt neun Präparate und fünf in klinischer Erprobung sind, wird sich hoffentlich in der Indikation zunächst nichts ändern.

Der Fortschritt auf dem infektionsimmunologischen Gebiet liegt sicher auf einem ganz anderen Gebiet, nämlich auf der Weiterentwicklung der Hyperimmunsereen, d. h., daß wir Antikörperpräparationen haben, die einen hohen spezifischen Titer gegen bestimmte Erreger aufweisen z. B. Tollwutvakzinia, Mumps, Röteln, Masern, Varicella zoster, Hepatitis B und Frühsommer-Meningo-Enzephalitis.

Für alle würden wir zur Prophylaxe und bei frühem Einsatz zur Modifikation des Infektionsablaufes die Indikation sehen, mit Ausnahme bei Mumps, wo der klinische Effekt nicht erwiesen ist. Antibakteriell wirksame anerkannte Indikationen sind selbstverständlich Tetanus-Immunglobuline, bei Pertussis ist die Wirksamkeit nicht erwiesen, und Pseudomonas-Antikörperpräparationen sind bisher nur in klinischer Erprobung.

Referent:

Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21, 8581 Creußen

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg  
**Tropfen:** 100 ml enthalten: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml  
**Injektionslösung:** 100 ml enthalten: Cocculus D 3 0,7 ml, Conium D 2, Ambra D 6, Petroleum D 7 ana 0,1 ml, Natriumchlorid 0,9 g, Aqua ad inject. 98,7 ml  
**DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen:** 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 10 Tropfen, bei anfälligerem Schwindel und bei Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 10 Tropfen  
**Injektionslösung:** Bei anfälligerem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3–5 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., i.e.  
**DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (Stand Januar 1982)**  
 Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 16,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28  
 Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 15,28

**Schwindel  
 verschiedener Genese  
 (besonders arteriosklerotisch bedingter)**

# Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH  
 D-7570 Baden-Baden

**-Heel**



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Dr. F.-C. Loch

# Leitsymptom: Hörverschlechterung

## Der Notfall: Hörsturz

bearbeitet von Professor Dr. med. R. Neveling, Duisburg, und Dr. med. F.-C. Loch, Sulzbach/Seer

### Symptomatik:

Plötzliche in Sekunden oder wenigen Minuten, meist aus vollem Wohlbefinden heraus, einseitig, selten doppelseitig auftretende hochgradige oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit vom Innenohrtyp. Häufiges Begleitsymptom ist Ohrensausen unterschiedlicher Intensität und Frequenz. Es kann aber auch dem Hörsturz vorausgehen. Bei vielen Patienten besteht außerdem ein Druckgefühl im Ohr oder das Gefühl, als sei „Watte im Ohr“. Oft beobachten Patienten Geräusch- und Druckgefühl abends und wechen am nächsten Morgen mit dem Hörsturz auf. Etwa 30 Prozent klagen über Schwindel, der meist als Unsicherheitsgefühl bzw. Schwankschwindel angegeben wird. Objektive Zeichen einer vestibulären Mitbeteiligung (Spontan-, Provokations-, Lage- oder Lagerungsnystagmus) werden unterschiedlich beobachtet und sind meist prognostisch ungünstig. Typisch ist der plötzliche Beginn „Wie ein Blitz aus heiterem Himmel“.

### Anamnese:

Die überwiegende Zahl der Patienten fühlt sich zum Zeitpunkt des Hörsturzes völlig gesund. Ein kleiner Teil gibt, meist erst auf Befragen, einen Infekt der oberen Luftwege oder allgemeiner Natur an, oft auch in Verbindung mit einem Tubenmittelohrkatarrh bzw. einem Paukenerguß. Allerdings deckt die genaue Anamnese immer wieder Stresssituationen auf, vor allem berufliche oder private Konfliktsituationen mit mehr oder weniger starker seelischer Erregung. Auch körperliche Ausnahmesituationen kommen vor (Insolation, Unterkühlung, körperliche Überbeanspruchung, akute Fehl- und/oder Überbefastung der HWS). In der Altersverteilung überwiegt das dritte, vierte und fünfte Dezennium.

### Sofortdiagnostik:

Der Hörsturz ist ein „medizinischer Notfall“! Daher sofortige Anamnese des Patienten (auch nachts!) und folgende Maßnahmen: Eingehende Anamnese (Stress, Infekt usw.). Otoskopie (meist intaktes, reizloses Trommelfell), Stimmgabelprüfung (Weber-Versuch: Die auf die Scheitelmittle aufgesetzte Stimmgabel wird in das gesunde Ohr lateralisiert. Rinne-Versuch: positiv. – Luftleitung länger als Knochenleitung), Lärmtrommel (Vertäuben des gesunden Ohres und aufgehobene Umgangssprache am kranken Ohr). Toneudiometrie (Schallempfindungsstörung), Röntgenaufnahmen nach Schüller und Stenvers sowie HWS in drei Ebenen, Vestibularisprüfung. Später Blutchemie, Serologie und Konsiliaruntersuchungen (internistisch, neurologisch, ophthalmologisch).

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

Unter der Annahme einer Störung der Mikrozirkulation des Innenohras sofortige tägliche Dauertropfinfusion mit niedermolekularem *Dextran 40* mit *Sorbit (Rheomakrodex<sup>®</sup>, Onkover-tin<sup>®</sup>)* mit Zusätzen in steigender Dosis von: *Procain, Complamin<sup>®</sup>, Trental<sup>®</sup>, Dusodril<sup>®</sup>* o. ä. zur Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes (Harebsetzung der Blutviskosität sowie der Erythrozyten- bzw. Thrombozytenaggregation bzw. Adhäsivität). Normalerweise werden 10 bis 12 Infusionen verabfolgt, gegebenenfalls auch mehr. Audiogrammkontrolle alle drei Tage. Zusätzlich bei herz- und kreislaufgesunden Patienten bis zu 60 Jahren tägliche Grenzstrang-blockaden (Ganglionstellatum), (10 ml 2% *Xylocain<sup>®</sup>* ohne Adrenalin-Zusatz) unter strengster Beachtung der Technik. Eventuell Glucocorticoide, Antikoagulantien, CO<sub>2</sub>-Beatmung, intra-arterielle ATP (Adenosin-triphosphat)-Injektionen, Sedative, eventuell auch Milieuwechsel durch stationäre Aufnahme.

**Indikation  
für die sofortige  
Überweisung zum  
entsprechenden  
Spezialisten  
bzw. in die Klinik:**

Da in der Regel nur der HNO-Arzt oder die Fechklinik die Primärdiagnostik betreiben kann, sofortige Überweisung erforderlich. Die Soforttherapie kann dann auch gemeinsam mit dem Hausarzt oder dem Internisten durchgeführt werden. Beim herz- und kreislaufgefährdeten oder älteren Patienten unbedingt klinische Behandlung erforderlich. Dabei können unter der Soforttherapie weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen getroffen werden (s. o.).

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Da das Innenohr von einer Endarterie versorgt wird und sich ein Kollateralkreislauf nicht ausbilden kann, steht der Zeitfaktor im Vordergrund. Sicherlich gibt es Spontanerholungen des Gehörs (möglicherweise wird eine *Vita minime* der Sinneszellen durch einen überwiegend anaeroben Stoffwechsel aufrechterhalten), dennoch sollte eine gewisse Polypragmasie betrieben werden, da das pathologisch-anatomische Substrat des Hörsturzes noch unbekannt ist. Dazu gehören u. a. eine Stabilisierung von Blutdruck und Kreislauf (oft Hypotoniker) sowie gegebenenfalls eine manuelle Therapie der HWS. In etwa 25 Prozent der Fälle wird eine virale Genese angenommen, so daß auch eine antivirale Therapie in Frage kommt. Erstaunliche Verbesserungen der Innenohrfunktion werden auch durch 20 ccm Urografin 76%ig, an vier aufeinanderfolgenden Tagen i. v. appliziert, beobachtet, ohne eine pharmakodynamische Erklärung für dieses Phänomen. Wichtig ist auch eine mehrmonatige orale Medikation von *Trental 400<sup>®</sup>, Dusodril<sup>®</sup>, Fludilat<sup>®</sup>, Cetal<sup>®</sup>, Cosaldon<sup>®</sup>, Complamin<sup>®</sup>* u. e.

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

Nach der Sofortdiagnostik und während der Soforttherapie sollte eine eingehende differentialdiagnostische Abklärung erfolgen, da sich oft organische Erkrankungen unter dem Bild eines Hörsturzes verbergen: Erweiterte HNO-Diagnostik: Sprechaudiometrie, überschwellige Methoden (SISI, Cahart, Feldmann). Tympanometrie. Internistische Untersuchung: Blut- und Serumuntersuchungen, insbesondere virologisch (Mumps-, Influenza-, Coxsackie-, Herpes zoster-Viren u. a.). Blutdruck- und Kreislaufkontrolle. Neurologische Untersuchung: Kontrolle der übrigen Hirnnerven, Computer-Tomographie (CT) des Schädels, Liquordiagnostik. Ophthalmologische Untersuchung: Augenhintergrundkontrolle. Abzugrenzen sind alle Virusinfekte, Morbus Menière, Akustikusneurinom, Allergie, Blutungsneigung verschiedener Genese, Hyper-, Hypotonie, Atherosklerose, HWS-Veränderungen, Hyperthyreose, toxische Schädigungen durch *Streptomycin* und andere *Antibiotika, Chinin, CO, Salicylate, Nikotin, Alkohol*, Lärmtrauma, Barotrauma, organische Hirnerkrankungen u. a. m. Wichtig ist zudem eine psychotherapeutische Führung des Patienten.

**Schlußfolgerung:**

Der Hörsturz ist ein medizinischer Notfall! Bei Einsetzen der Behandlung innerhalb der ersten acht Tage haben über 80 Prozent der Patienten eine Chance auf Verbesserung oder Normalisierung des Gehörs, nach 14 Tagen nur noch 50 Prozent, nach drei Wochen nur 33 Prozent, danach ist in den seltensten Fällen eine Besserung zu erwarten. Wichtig ist vor allem, daß an einen Hörsturz gedacht und dieser nicht, wie so oft, mit einem Tubenkatarrh verwechselt wird.

**Literatur:** STANGE, G., R. NEVELING: Hörsturz in: HNO-Heilkunde in Praxis und Klinik von GERENOES, LINK und ZÖLLNER, Ed. 6, Ohr II, G. Thieme Verlag 1980

### 33. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

Für die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Fortbildungstagung in der Meistersingerhalle, die gewissermaßen den Abschluß der jährlichen Kongreßsaison bildet, hatte Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg, als wissenschaftlicher Leiter drei Themen gewählt, nämlich: „Kontroverse Ansichten in Diagnostik und Therapie“, „Obstruktive Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale und atypische Pneumonien“ sowie „rationelle Arzneimitteltherapie“.

In den ersten beiden Vorträgen kamen Professor Dr. H. Blömer, München, und Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen, zu Wort, die **Argumente für ein nicht-invasives** sowie für ein **invasives Vorgehen bei Herzerkrankungen** vorbrachten. Hierbei zeigte sich, daß die beiden Kardiologen zwar in einigen Detailfragen unterschiedlicher Auffassung waren, daß sie aber in der Beurteilung der heute verfügbaren nicht-invasiven und invasiven Untersuchungsmethoden im wesentlichen übereinstimmten.

Als **Vorteile der nicht-invasiven Methoden** führte Blömer an, daß diese nicht nur weitgehend gefahrlos sind und deshalb wiederholt angewandt werden können, sondern daß die meisten von ihnen auch bei Belastung durchführbar sind, was vor allem bei der koronaren Herzerkrankung von wesentlicher Bedeutung ist. Diesen Vorteilen steht die Frage ihrer Zuverlässigkeit entgegen, weshalb seit jeher versucht wurde, diese Methoden an den Ergebnissen der invasiven Untersuchungstechniken zu messen. In den letzten Jahren sind vor allem zwei Verfahren in den Vordergrund getreten, nämlich die Echokardiographie und die nuklearmedizinischen Techniken.

Wie Blömer berichtete, wurden die verschiedenen Kardiomyopathien und der Mitralklappenprolaps im wesentlichen durch die Echokardiographie bekannt, sie können heute auf nicht-invasivem Weg nicht nur mit großer Zuverlässigkeit diagnostiziert, sondern auch in ihrem Schweregrad

beurteilt werden. Allerdings können die echokardiographischen Methoden bisher noch nicht zuverlässig bei Belastung angewandt werden, was ihre diagnostische Bedeutung besonders bei der koronaren Herzerkrankung wesentlich einschränkt. Hier erweisen sich die nuklearmedizinischen Verfahren als besonders vorteilhaft, weil sie auch bei Belastung eingesetzt werden können, was gerade in der Frühdiagnostik von Herzerkrankheiten, aber auch zur Beurteilung von Schweregrad und Myokardfunktion von essentieller Bedeutung ist. Da die beiden Methoden, nämlich die Thallium-Myokardszintigraphie und die Technetium-Radionuklid-Angiographie, unabhängig voneinander arbeiten, können sie sich in Zweifelsfällen ergänzen.

Ein besonderer Stellenwert kommt den nuklearmedizinischen Methoden bei der Erkennung und Beurteilung der koronaren Herzerkrankung zu, weil mit ihnen frühzeitig regionale Perfusionsdefekte nachgewiesen werden können. Ein Speicherdefekt bei der Thallium-Myokardszintigraphie, der nur bei Belastung auftritt, in Ruhe aber nicht vorhanden ist, weist auf eine belastungsinduzierte Ischämie im Versorgungsbereich einer kritisch stenosierten Koronararterie hin. Ein bereits in Ruhe nachweisbarer Speicherdefekt spricht für ein nicht perfundierbares, nicht vitales Gewebe, was in erster Linie als Folge eines abgelaufenen Herzinfarktes mit Narbenbildung gewertet werden kann. Blömer nannte fünf Indikationen für den Einsatz nuklearmedizinischer Methoden bei der koronaren Herzerkrankung:

1. Bei Patienten mit unklaren Schmerzen und abnormen EKG-Befunden in Ruhe, z. B. bei Schenkelblock oder ST-Veränderungen, da hier das Belastungs-EKG keine zuverlässige Diagnose ermöglicht;
2. bei asymptomatischen Patienten mit positivem Belastungs-EKG;
3. nach Herzinfarkt;
4. für Verlaufskontrollen nach Bypass-Operationen;

5. als Ergänzung zur invasiven Diagnostik zwecks Beurteilung der hämodynamischen Bedeutung einer angiographisch nachgewiesenen Koronarstenose.

Professor Bachmann trug einige **Argumente für ein invasives Vorgehen bei Herzerkrankungen** vor, wobei er die Ansicht vertrat, daß die Risiken einer Herzkatheteruntersuchung bzw. einer Angiokardiographie kein Entscheidungskriterium gegen eine invasive Herzuntersuchung sein können, da die Letalität dieser Methoden in kardiologischen Zentren heute mit 0,03 bis 0,07 Prozent als außerordentlich niedrig bezeichnet werden kann. Wer versucht, Risiken im diagnostischen Bereich durch Einschränkung invasiver Herzuntersuchungen zu mindern, riskiert womöglich eine höhere Morbidität und Mortalität im therapeutischen Bereich. Am Beispiel der Kardiomyopathien, der Herzklappenfehler und der koronaren Herzerkrankung machte Bachmann deutlich, daß es heute weniger um die Frage geht, welcher Patient und welche Herzerkrankung intensiv untersucht werden müssen, sondern vielmehr um die Frage, zu welchem Zeitpunkt Herzkatheder und Angiokardiographie an der Reihe sind.

Als klassische Indikationen für eine selektive Koronarangiographie gelten nach wie vor die instabile, stabile und vasospastische Angina pectoris. Auch bei schweren Rhythmusstörungen sowie bei Patienten mit Kardiomyopathien kommt der Darstellung der Koronargefäße eine differentialdiagnostische Bedeutung zu. Der Chirurg fordert eine Koronarangiographie präoperativ vor herzchirurgischen oder gefäßchirurgischen Eingriffen. Zu den Indikationen für invasive Untersuchungen gehört auch die Beurteilung eines Zustandes nach Myokardinfarkt, nach Bypass-Operation und nach Aneurysmektomie, außerdem sind solche Untersuchungen unerlässlich, um Erkenntnisse über die Spontanprognose der Erkrankung zu gewinnen, aus der sich wiederum die Entscheidung zwischen Operation und konservativer Behandlung ableiten läßt.

Nach den Ausführungen von Professor Dr. H. Frohmüller, Würzburg, gibt es für die kontrase sexuelle **Hormontherapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms** derzeit fünf Möglichkeiten, nämlich:

1. die Standardtherapie mit Kastration und lebenslanger Östrogenverabreichung;

2. die primäre alleinige Kastration mit zusätzlicher Östrogenmedikation bei weiterem Fortschreiten des Krebswachstums;

3. die primäre Östrogentherapie und zusätzliche Orchiektomie bei Progression des Tumorleidens;

4. die alleinige Behandlung mit anti-androgenen Hormonen, z. B. mit Cyproteronacetat (Androcur);

5. eine kombinierte Hormontherapie, z. B. mit Estracyt.

Kontroverse Ansichten der geschlechtlichen Behandlung des Prostatakarzinoms bestehen darin, daß es bisher nicht geklärt ist, welche dieser therapeutischen Modalitäten zu welchem Zeitpunkt die beste Hilfe für den Patienten bringt und ob die Wahl der Therapieform von der Ausdehnung und/oder vom histologischen Malignitätsgrad des jeweiligen Tumors abhängig gemacht werden sollte.

Wie Frohmüller berichtete, hat sich eine alleinige Östrogentherapie oder Kastration als ebenso effektiv erwiesen wie eine Kombinationsbehandlung in Form der Kastration plus einer Östrogenmedikation. Wenn man die Nachteile einer Östrogenbehandlung berücksichtigt, so scheint die primäre alleinige Kastration die optimale Behandlungsform zu sein; als nachteilig müssen jedoch deren psychische Auswirkungen sowie die Tatsache, daß es sich um einen operativen Eingriff handelt, berücksichtigt werden. Nachdem in einer multizentrischen Phase III-Studie gezeigt werden konnte, daß sich die Wirkung von Androcur nicht von einer Östrogen-Monotherapie unterscheidet, kann eine solche anti-androgene Behandlung durchaus als eine Alternative zur Orchiektomie bzw. zur Östrogenbehandlung angesehen werden, zumal der Prozentsatz der Nebenwirkungen unter Androcur signifikant geringer ist.

Den weiteren Ausführungen von Frohmüller war zu entnehmen, daß sich die Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms mit Zytostatika derzeit noch im klinischen Ver-

suchsstadium befindet und der Wert der Prolactinhemmer bei der Kombinationsbehandlung dieses Tumorleidens bislang noch nicht eindeutig geklärt werden konnte. Die Tatsache, daß es derzeit kontroverse Ansichten über die Behandlung des Prostatakarzinoms gibt, sollte als ein positives Zeichen gewertet werden. Denn sie zeigt, daß die Dinge im Fluß sind und neue Therapiestrategien entwickelt werden, die von Zeit zu Zeit auf ihre Effizienz überprüft werden müssen.

In seinem Vortrag über **kontroverse Auffassungen in der Therapie der Lebererkrankungen** bezeichnete Professor Dr. W. Domschke, Erlangen, Bettruhe, Alkoholkarenz und sogenannte Wunschkost als sinnvolle therapeutische Maßnahmen bei akuten virusbedingten Hepatitiden. Hingegen ist der Einsatz von Kortikoiden bzw. ACTH nicht zu empfehlen, weil dadurch die Gefahr einer Chronifizierung des hepatischen Geschehens gesteigert wird. Kritisch äußerte sich der Vortragende zum Nutzen der sogenannten Leberschutztherapeutika, hingegen scheinen Silymarine bzw. deren Wirkkomponente — das Silibinin — vor allem bei toxisch induzierten Hepatopathien indiziert und wirksam zu sein.

Die chronisch-persistierende Hepatitis benötigt keine spezifische Medikation, doch können aus psychagogischen Gründen Leberschutztherapeutika gegeben werden. Die Behandlung der chronisch-aggressiven Hepatitis richtet sich nach dem jeweiligen Virusantigen-Status des Patienten: Bei positivem Australia-Antigennachweis, jedoch bereits bestehender Antikörperbildung gegen HBe, kann bei Vorliegen ausgeprägter Entzündungszeichen der Einsatz von Prednison + Azathioprim erwogen werden, ohne daß eine Reaktivierung der Virusreplikation befürchtet werden muß. Dagegen dürfen diese Medikamente bei HBsAg-positiven Hepatitiden und beim Nachweis des infektiösen Kernantigens HBe auf keinen Fall verabreicht werden, da eine Exazerbation des viralen Prozesses zu erwarten ist.

Zu den Möglichkeiten einer Prophylaxe der Hepatitis B durch Vakzination äußerte sich Domschke dahingehend, daß nach dem derzeitigen Wissensstand eine solche aktive Immunisierung bei besonders gefährdeten Personen befürwortet wird,

nämlich bei medizinischem Personal, bei Dialysepatienten sowie bei Intimpartnern von Patienten mit infektiöser Hepatitis B. Hingegen kann bei bereits bestehender B-Virushepatitis der weitere Krankheitsverlauf durch derartige Maßnahmen nicht begünstigt werden.

**Die Therapie der nicht-allergischen chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen** war das Thema von Dr. H. N. Macha, Berlin, der u. a. zu den Theophyllinen Stellung nahm, die in den letzten Jahren eine Renaissance erlebt haben. Mit der Einführung der Plasmaspiegelbestimmung von Theophyllin wurden die intraindividuellen Unterschiede in der Metabolisierung deutlich. Die Wirkungsmechanismen dieser Substanzen sind bis heute noch nicht befriedigend erklärt, es hat sich jedoch gezeigt, daß die früher in den Vordergrund gerückte Hemmung der Phosphodiesterase bei den therapeutisch erreichbaren Plasmaspiegeln sicher nicht von klinischer Bedeutung ist.

Der Schwerpunkt der Therapie mit Theophyllin liegt — neben dem relaxierenden Effekt auf die glatte Muskulatur der Atemwege und der Pulmonalgefäße — in einer protektiven Wirkung auf den Bronchospasmus und in einer Verbesserung der Sekretelimination. Eine gute klinische Wirkung wird bei Plasmaspiegeln zwischen 10 und 15 µg/ml erreicht. Um diese Spiegel zu erzielen, ist es nach Ansicht von Macha notwendig, in gleicher Weise wie bei der Digitalistherapie das Körpervolumen des Patienten und seine Metabolisierungsgeschwindigkeit zu berücksichtigen. Hier gibt es erhebliche intraindividuelle Unterschiede, die durch vorbestehende Erkrankungen modifiziert werden. So hat sich gezeigt, daß Patienten mit manifester Rechtsherzinsuffizienz oder mit Leberzirrhose deutlich langsemer metabolisieren als Normalpersonen, während Raucher (mehr als zehn Zigaretten pro Tag) fast doppelt so schnell metabolisieren wie Nichtraucher.

Da in der Alltagspraxis Plasmaspiegelbestimmungen in der Regel nicht zur Verfügung stehen, wird ein einschleichendes Vorgehen mit mehrtägigen Therapieschritten empfohlen. Man sollte mit 2 x 200 mg Theophyllin beginnen und die Dosis in dreitägigen Schritten um jeweils 100 mg steigern, bis Symptome in

Form von Übelkeit oder Herzklopfen auftreten. Nach Zurückgehen um eine Therapiestufe wird in der Regel ein ausreichender Plasmaspiegel erreicht sein.

Als ein sinnvolles Therapiekonzept bezeichnete Macha die Kombination von Beta-Sympathikomimetika mit Theophyllinpräparaten, da beide unterschiedliche Wirkungen haben. So hat sich gezeigt, daß – z. B. bei Inhalation von Terbutalin – durch eine Dosisverdoppelung keine nennenswerte Wirkungssteigerung erreicht werden kann. Wird jedoch zusätzlich Aminophyllin – intravenös oder peroral – gegeben, so kommt es zu einer beträchtlichen Steigerung der Broncholyse. Gefährliche Zwischenfälle sind bei einer solchen Kombinationstherapie – in vernünftiger Dosierung – nicht zu erwarten.

Dr. K. H. Kimbel, Köln, machte aus der Sicht der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft einige Anmerkungen zur **Arzneimittelverordnung in der Bundesrepublik**, wobei er erwähnte, daß der als Allgemeinmediziner tätige Kassenarzt am häufigsten wegen Herzinsuffizienz zum Rezeptblock greift, was sich darin widerspiegelt, daß Herzglykoside hierzulande zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln gehören. An zweiter Stelle steht die Bronchitis, gefolgt von Hypertonie, Grippe, Schlafstörungen und Obstipation. Erst an siebter Stelle kommen psychogene Störungen, gefolgt von chronischen Rhinopharyngitiden, Gastritis, Varikosis und Hypertonie. Kopfschmerzen, Angina tonsillaris, Diabetes, zerebrale Durchblutungsstörungen, akute Rhinopharyngitis, Kreislaufbeschwerden, periphere Durchblutungsstörungen, Arthrosis deformans und Migräne machen die ersten 20 Anlässe zur Arzneiverordnung in der Kassenpraxis aus; in der Privatverordnung kommt an 19. Stelle noch die Kontrazeption hinzu. Dies zeigt, daß sich akute und chronische Erkrankungen etwa die Waage halten und auch einige Indikationen aufgeführt sind, bei denen der Nutzen einer Arzneytherapie noch umstritten ist.

Ein Vergleich mit den Vereinigten Staaten zeigt, daß dort Valium an der Spitze der Verordnungen liegt, gefolgt von dem Beta-Blocker Daciton, der in den USA ein anderes Warenzeichen hat, und dem Analgetikum Tylenol. An vierter Position

steht die Diuretikakombination Triamteren/Hydrochlorothiazid, die hierzulande dem Dytide H entspricht und als weiteres Diuretikum das Lasix. An sechster Stelle erscheint als erstes Antibiotikum Ampicillin im Gegensatz zur Bundesrepublik, wo Isocillin erst an 67. Stelle das am häufigsten verordnete Antibiotikum ist. Nach Digoxin folgt Tetracyclin als weiteres Antibiotikum. Als bemerkenswert wurde erwähnt, daß es sich bei den beiden genannten Antibiotika nicht um Markenpräparate, sondern um sogenannte Generika handelt.

Über die Gründe der unterschiedlichen Verordnungsweise lassen sich nach Ansicht von Kimbel nur Vermutungen anstellen, jedenfalls dürften der Einfluß von Lehrmeinungen an den Hochschulen, aber auch erhebliche Unterschiede im Morbiditätsspektrum eine Rolle spielen. Unterschiede bestehen aber nicht nur international, sondern auch innerhalb der Bundesrepublik. So wurden im vergangenen Jahr z. B. in Bayern nur halb so häufig wie in der gesamten Bundesrepublik Hypnotika und Sedativa verordnet – andererseits lag der Anteil für Expektorantien in Bayern über dem Bundesdurchschnitt.

In seinem Vortrag über **Diuretika und Vasodilantien bei der Behandlung der Herzinsuffizienz** ging Professor Dr. K. Kochsiek, Würzburg, davon aus, daß bei diesem Krankheitsbild die Kompensationsmechanismen des Organismus, die ins Pathologische gesteigert sind, unterdrückt werden müssen. Deshalb bieten sich für die Behandlung der Volumenretention Diuretika an, während für die Behandlung der Vasokonstriktion sowohl im arteriellen als auch im venösen Gefäßbett Vasodilantien zur Verfügung stehen.

Ist eine Herzinsuffizienz vor allem durch ein niedriges Auswurfvolumen gekennzeichnet, so kann in der Regel durch einen vorwiegend am arteriellen Schenkel angreifenden Vasodilatator (Captopril, Dihydralazin, Prazosin) der Auswurf des Herzens erleichtert und damit das Herzzeitvolumen erhöht werden. Theoretisch müßte unter einer solchen Dilatation im arteriellen Gefäßbett ein Blutdruckabfall erfolgen. Da es jedoch gleichzeitig zu einem Anstieg des Herzzeitvolumens kommt, wird der Blutdruckabfall in der Regel jedoch partiell kompensiert.

Bei der Besprechung der verschiedenen Vasodilatoren vertrat Kochsiek den Standpunkt, daß Captopril (Lopirin) wegen seiner nicht unerheblichen Nebenwirkungen nur in der Klinik eingesetzt werden sollte. Zumindest sollte die Behandlung unter klinischer Beobachtung eingeleitet werden. Ein Patient, der auf dieses Mittel gut eingestellt ist, soll und darf in der Praxis – unter entsprechender Kontrolle – weiter behandelt werden.

Durch ihre bevorzugte Einwirkung auf das venöse System führen die Nitrate zu einer Abnahme der Vorlast, was deren günstige Wirkung nicht nur beim akuten Lungenödem, sondern auch bei allen Formen einer schweren Herzinsuffizienz im Gefolge einer koronaren Herzkrankheit erklärt. Denn unter einer solchen Medikation kommt es zu einer Abnahme des enddiastolischen Druckes und zu einer Verkleinerung des Herzens. Dies bedeutet nicht nur bessere geometrische Verhältnisse für die Herztätigkeit, sondern vor allem eine Abnahme der Wandspannung und damit eine Abnahme des Sauerstoffverbrauches. Damit gelingt es häufig, trotz einer Abnahme der Vorlast eine Steigerung des Herzzeitvolumens zu erreichen, was ein wesentliches Behandlungsziel bei der chronischen Herzinsuffizienz ist.

Während der späteren **Diskussion** wies einer der Tagungsteilnehmer darauf hin, daß das Problem der Nebenwirkungen unter Captopril heute unter einem anderen Gesichtswinkel betrachtet werden müsse als noch vor zwei Jahren. Damals seien zur Behandlung der Herzinsuffizienz Dosen von 450 mg täglich empfohlen worden, inzwischen habe man gelernt, daß wesentlich geringere Dosen von etwa 50 bis 75 mg ausreichend sind. Durch eine solche Dosisreduktion sei auch die Quote der Nebenwirkungen drastisch gesenkt worden. Außerdem habe eine Nachprüfung ergeben, daß Proteinurien fast nur bei Patienten auftraten, die schon vor Behandlungsbeginn niereninsuffizient waren, und daß sich Agranulozytosen nur bei solchen Patienten entwickelten, die unter einer immunsuppressiven Behandlung standen.

Referent:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkammer Straße 1a, 5600 Wuppertal 2

## **71. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Seminar Kongreß) am 26./27. März 1983**

Die wissenschaftliche Leitung der Augsburger Fortbildungskongresse, das Collegium Medicum Augustanum, war bei der Themenauswahl zu diesem Kongreß sehr darauf bedacht, aktuell und praxisnah zu sein. Es ist wie eh und je das Ziel der Augsburger Fortbildung, dem niedergelassenen Arzt, gleich wie dem Kollegen in der Klinik Neues und Anregungen für seine tägliche Arbeit zu vermitteln.

Die Bedeutung der Sonographie ist unumstritten. Sie hat inzwischen einen festen Platz in vielen Bereichen der Medizin. Die weitreichenden Indikationen bestimmen den großen Umfang dieser Untersuchungsmethode gerade auch in der Allgemein- und internen Praxis.

Professor Dr. Rettenmaier, Böblingen, ein weit über die Grenzen unseres Landes hinaus bekannter Fachkenner dieser Methode, eröffnet den Seminar Kongreß am Samstag und steht Fortgeschrittenen zur Diskussion und Beantwortung von Fragen zur Verfügung (9.15 bis 13.00 Uhr).

Den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen ist das Seminar von Dr. G. Herbeck, Nürnberg, von 11.15 bis 13.00 Uhr gewidmet. Es wird allenthalben geklagt, daß sich nicht genügend Frauen an diesen angebotenen Untersuchungen beteiligen, wobei nicht überhört werden darf, daß auch den Ärzten hier und da ein versteckter Vorwurf gemacht wird, sie würden diese Maßnahme nicht genügend unterstützen.

Das Seminar bietet die Möglichkeit für alle Interessenten, sich eingehend zu informieren.

Für eine begrenzte Teilnehmerzahl hält Kollege Ringler, von vielen Kongressen bekannt, ein Balint-Seminar ab. Frühzeitige Anmeldung wird erbeten (11.30 bis 12.30 Uhr, 15.00 bis 16.00 Uhr).

Das Ergometrie-Seminar für Ärzte und medizinische Assistenzberufe, das unter der Leitung von Dr. H.-H. Borchers, Augsburg, steht, findet von 9.30 bis 11.00 Uhr statt. Ergometrie sollte gerade zur Früherkennung der koronaren Herzerkrankung öfters angewandt werden. Auf die Voraussetzungen und die Sicherheitsmaßnahmen, die jedoch bei dieser Untersuchungsmethode unbedingt gefordert werden müssen, wird Dr. Borchers im besonderen hinweisen.

Während des Vormittags wird ein Laborseminar für Ärzte und parallel dazu ein Laborseminar für medizinische Assistenzberufe durchgeführt unter der Leitung der Fachkräfte der Firma Boehringer Mannheim, Büro München. Dieses Seminar wird am Nachmittag fortgesetzt.

Um 14.30 Uhr beginnt der aus Augsburg stammende Professor Dr. P. M. Reiser, Karlsruhe, sein Schilddrüsen-Seminar. Die wichtige Gruppe der Schilddrüsenerkrankungen wird in Diagnostik und Therapie bis 17.30 Uhr abgehandelt. Es besteht hier, wie auch bei allen anderen Seminaren, genügend Zeit zur Diskussion, und die Teilnehmer werden aufgefordert, interessante Fälle aus ihrer eigenen Praxis und Klinik zur Besprechung mitzubringen.

Ein fester Bestandteil unserer Augsburger Fortbildungskongresse und vor allem der Seminar Kongresse ist das sportmedizinische Seminar unter der Leitung von Dr. P. Konopka. Die Teilnahme ist anrechenbar für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin (Samstag: 14.00 bis 17.00 Uhr).

Der Sonntagvormittag ist zwei großen und wichtigen Gebieten gewidmet, der Psychiatrie und der Kardiologie. Ab 9.00 Uhr hält Professor Dr. Meyendorf, München, ein Seminar über psychiatrische Untersuchungsmethoden in der Praxis. Jeder niedergelassene Arzt, aber auch die Kollegen in der Klinik wissen, wie

häufig wir mit dieser Krankheitsgruppe konfrontiert werden. Das Ziel des Seminars wird es sein, praktikable Untersuchungsmethoden zu vermitteln, die jeden Arzt in die Lage versetzen, psychiatrische Grunddiagnostik zu betreiben.

Professor Dr. H. Lydtin, Starnberg, in Augsburg durch zahlreiche Referate bekannt und geschätzt, hat das Kardiologische Seminar übernommen (von 11.15 bis 13.00 Uhr). Unter anderem wird Kollege Lydtin auf Rhythmusstörungen eingehen. Auch hier steht genügend Zeit zur Verfügung für Diskussion und zur Besprechung eigener Fälle.

Das Laborseminar für Ärzte und Assistenzberufe wird über den ganzen Vormittag von 9.00 bis 13.00 Uhr weitergeführt.

Aktuelle Kassenarztfragen aus erster Hand, so könnte man das Abrechnungsseminar unter der Leitung von Diplomkaufmann H.-G. Stark, dem Geschäftsführer der Bezirksstelle Schwaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, überschreiben. Besondere Aktualität erhält dieses Seminar durch die neue ärztliche Gebührenordnung und die Entwicklung auf dem Laborsektor. Geschäftsführer Stark wird auch auf Honorar- und Arzneiprüfung eingehen.

Hepatitisimpfung, ja oder nein? Auf diese und andere aktuelle Impffragen wird Dr. Plabmann, München, im Impfseminar von 9.00 bis 10.45 Uhr Antwort geben.

Wie immer wird eine umfassende Ausstellung der pharmazeutischen Industrie und Medizintechnik für eine breite Information zur Verfügung stehen.

Das Collegium Medicum Augustanum würde sich freuen, wenn Sie von dem aktuellen Fortbildungsangebot, das Ihnen der Ärztliche Kreisverband Augsburg im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer bietet, regen Gebrauch machen könnten.

Voranmeldung und Programmabruf beim Ärztlichen Kreisverband Augsburg, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (0821) 337 77.

Auf Wiedersehen in Augsburg am 26. und 27. März 1983!

*Dr. K. Hellmann*

# Primär-

## Therapie\*

### 1. Therapie banaler Infekte (bakteriell oder viral bedingt)

(Helbig, G.:  
Med. Klin. 56, 1512-1514, 1961)

### 2. Begleittherapie bei notwendiger Antibiotikabehandlung

(Stolze, H. und Forth, H.:  
zur Veröffentlichung eingereicht)

### 3. Therapie der temporären Abwehrschwäche

(Forth, H. und Beuscher, N.:  
ZfA 57, 2272-2275, 1981  
Blunck, K. D.:  
Publikation in Vorbereitung)

**Zusammensetzung:** 20 ml Esberitox Liquid. enthalten: Herb. Thuja occid. rac. 1 ml Perc. 1 = 5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1 = 5, Rad. Echin. ang. et purp. 1 + 13 ml Perc. 1 = 10, Apis melif. D 4 2 ml, Crota. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Indikationen:** Esberitox wird eingesetzt zur Therapie akuter und chronischer Infekte (viral oder bakteriell bedingt) wie grippaler Infekt, Bronchitis, Angina, Laryngitis, Otitis, bakterielle Hautinfektionen. Therapie der Infektanfälligkeit aufgrund einer temporären Abwehrschwäche, Begleittherapie zu einer Antibiotika-Behandlung bei schweren bakteriellen Infekten. Behandlung von Leukopenien nach Strahlen- und Zytostatika-Therapie. **Kontraindikationen:** Bisher keine. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind spezifische Nebenwirkungen bisher nicht aufgetreten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Liquidum 20 ml DM 6,70, 50 ml DM 13,80, 100 ml DM 21,35, AP 500 ml, Tabletten 50 St. IN 21 DM 6,70, 100 St. IN 31 DM 12,85, AP 1000 St., Ampullen 5 x 2 ml DM 9,50, AP 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 6,70, AP 100 St. (Stand: Dezember 1982)



**Schaper & Brümmer**

3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

# Esberitox®

## \*Primär-Therapie

Wenn Sie mehr darüber wissen  
wollen, fordern Sie  
Esberitox-Literatur an.

## Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

### Neukonstituierung des Präsidiums und des Kuratoriums

Am 17. Dezember 1982 wurden vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. F. Pirkl die Mitglieder des Präsidiums und des Kuratoriums der Akademie auf die Dauer von vier Jahren neu berufen.

Das Präsidium setzt sich aus je einem Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer, den Landesuniversitäten, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zusammen.

Dem Kuratorium, das das Präsidium bei der Erfüllung der Aufgaben der Akademie berät, gehören u. a. Vertreter der Bayerischen Staatsministerien, der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte, der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, der Landesuniversitäten, des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Vereinigung der Arbeitgeberverbände an. Staatsminister Dr. Pirkl begrüßte zunächst die neuen Mitglieder des Kuratoriums und überreichte anschließend die Berufungsurkunden.

Die Leistungsfähigkeit der Akademie, so betonte Dr. Pirkl, lasse sich leicht an der großen Zahl der Lehrgänge und der Absolventen der Lehrgänge ablesen. Insgesamt haben 6800 Ärzte die arbeitsmedizinischen Weiterbil-

dungsangebote der Bayerischen Akademie in Anspruch genommen. Dank dieser erfreulichen Entwicklung werden heute in Bayern nahezu 100 Prozent der zur Bestellung von Betriebsärzten verpflichteten Unternehmen arbeitsmedizinisch betreut. Die Akademie schaffe, so führte Dr. Pirkl weiter aus, somit wichtige Voraussetzungen für einen optimalen gesundheitlichen Schutz unserer im Arbeitsleben stehenden Mitbürger. Hochqualifizierte und gut weitergebildete Betriebsärzte seien wichtige Garanten dafür, daß krankheitsbedingte Arbeitsausfälle erst gar nicht entstehen oder so gering wie möglich gehalten werden.

Im Anschluß an die Neuberufung der Kuratoriumsmitglieder fand die Wahl des Vorsitzenden und seiner beiden Stellvertreter statt. Zum Vorsitzenden des Kuratoriums wurde erneut Dr. G. Fuchs, Betriebsarzt der Süddeutschen Bremsen AG, zu seinen Stellvertretern Professor Dr. med., Dr. phil. S. Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, und Professor Dr. med. G. Fruhmann, Vorstand des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München, gewählt.

Die Wahl des Präsidenten und Vizepräsidenten der Akademie wird bei der nächsten Präsidiumssitzung vorgenommen, das Ergebnis dann an gleicher Stelle bekanntgegeben.

## Amtliches

### Afterloading-Verfahren

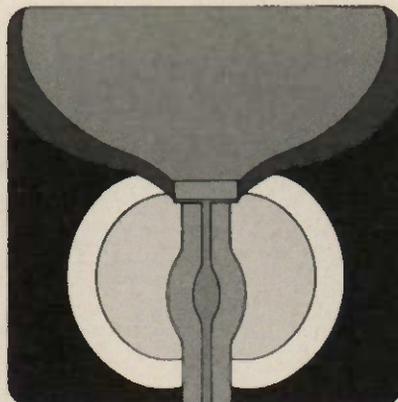
*Medizinische Fachkunde beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Substanzen*

1. Zum Erwerb der medizinischen Fachkunde im Afterloading-Verfahren ist neben der Teilnahme an einem Grund- und Spezialkurs im Strahlenschutz eine *mindestens sechsmonatige ganztägige Tätigkeit* in der Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe erforderlich. Diese Tätigkeit muß unter Leitung eines Arztes abgeleistet werden, der von der Bayerischen Landesärztekammer hierfür berechtigt ist. Dabei ist die selbständige Durchführung dieser Therapieform bei mindestens 100 Patienten nachzuweisen. Der Weiterbilder muß in einem abschließenden Qualifikationsvermerk festhalten, daß diese Methode einschließlich der Dosimetrie erlernt wurde und an welchem Gerätetyp die Weiterbildung absolviert wurde (z. B. Bucheler, Gammamed, Selectron usw.).

2. Sofern *Frauenärzte*, die bereits die „Fachkunde im Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen“ erworben haben und die Fachkunde im Afterloading anstreben, müssen sie bei einem dafür berechtigten Arzt diese Methode durch selbständige Therapie an 20 Patienten erlernen.

3. Wer die Fachkunde im Afterloading-Verfahren bereits besitzt, jedoch den *Gerätetyp wechselt*, muß am neuen Gerätetyp zusätzlich 20 Patienten selbständig therapiert haben.

**Prostata-Adenom  
mit Harnverhaltung,  
Kongestionen,  
Miktionsstörungen,  
Blasenhalssklerose,  
Prostatitis chronica,  
Resturin, Reizblase,  
Zustand nach TUR**



## PROSTAMED®

Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostaticher Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins.

Behandlung vor und nach Operationen.

**Zusammensetzung:** Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06 g, Kakao 0,05 g, Sacch. lact. ad 0,5 g.

**Ooslerung:** 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

**Handelsform und Preise (incl. MwSt.):** 60 St. DM 8,45; 120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,  
7615 Zeil-Harmersbach/Schwarzwald

# Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat in seiner Sitzung vom 20. Januar 1983 nach Überprüfung gemäß § 16 Abs. 3 ZO-Ärzte festgestellt, daß die Voraussetzungen für die mit Beschluß vom 22. Januar 1982, in Kraft getreten am 1. Februar 1982 (veröffentlicht im „Bayerischen Staatsanzeiger“ Nr. 4 vom 29. Januar 1982 und „Bayerischen Ärzteblatt“ 2/82), angeordneten Zulassungsbeschränkungen, bestätigt und modifiziert in der Sitzung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 9. Juli 1982 (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ 8/82), fortbestehen.

Damit bleiben die Zulassungsbeschränkungen weiterhin in Kraft.

Folgende Planungsbereiche sind als unterversorgt zu bewerten:

## Augenärzte

Zulassungsbezirk Mittelfranken:  
Dinkelsbühl (PB-Nr. 66/7112)

Zulassungsbezirk Untarfranken:  
Alzenau (PB-Nr. 67/7110)  
Haßbarga (PB-Nr. 67/7410)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Furth i.W./Waldmünchen (PB-Nr. 68/7212)  
Nabburg/Oberveichtach (PB-Nr. 68/7612)  
Roding (PB-Nr. 68/7213)  
Vohenstrauß (PB-Nr. 68/7410)

Zulassungsbezirk Schwaben:  
Illartisan (PB-Nr. 70/7511)

## Hautärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:  
Altötting (PB-Nr. 64/7100)  
Pfaffenhofen a. d. Ilm (PB-Nr. 64/8600)

Zulassungsbezirk Oberfranken:  
Kulmbach (PB-Nr. 65/7700)  
Wunsiedel (PB-Nr. 65/7900)

Zulassungsbezirk Untarfranken:  
Haßbarga (PB-Nr. 67/7400)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Cham (PB-Nr. 68/7200)  
Naustadt/WN (PB-Nr. 68/7400)  
Tirschenrauth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Rottal/Inn (PB-Nr. 69/7700)

## HNO-Ärzte

Zulassungsbezirk Untarfranken:  
Main Spessart (PB-Nr. 67/7700)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Cham (PB-Nr. 68/7200)  
Tirschenrauth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Dingolfing-Landau (PB-Nr. 69/7900)

## Kinderärzte

Zulassungsbezirk Oberfranken:  
Neustadt bei Coburg (PB-Nr. 65/7311)

Zulassungsbezirk Untarfranken:  
Haßbarga (PB-Nr. 67/7410)  
Miltenberg (PB-Nr. 67/7611)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Furth i.W./Waldmünchen (PB-Nr. 68/7212)  
Köztzing (PB-Nr. 68/7211)  
Nabburg-Oberveichtach (PB-Nr. 68/7612)  
Tirschenrauth (PB-Nr. 68/7710)  
Vohenstrauß (PB-Nr. 68/7410)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Bogen (PB-Nr. 69/7810)

Zulassungsbezirk Schwaben:  
Gersthofen (PB-Nr. 70/7211)  
Günzburg (PB-Nr. 70/7410)

## Nervenärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:  
Nauburg-Schrobanhausen  
(PB-Nr. 64/8500)

Zulassungsbezirk Untarfranken:  
Haßbarga (PB-Nr. 67/7400)  
Rhön-Grabfeld (PB-Nr. 67/7300)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Tirschenrauth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Dingolfing-Landau (PB-Nr. 69/7900)  
Kalhalm (PB-Nr. 69/7300)  
Regen (PB-Nr. 69/7600)

Zulassungsbezirk Schwaben:  
Dillingen (PB-Nr. 70/7300)

München, den 20. Januar 1983  
gez. Dr. Bruno Mark  
Vorsitzender

*Der vorstehende Beschluß ist im  
„Bayerischen Staatsanzeiger“ Nr. 5  
vom 4. Februar 1983 veröffentlicht.*

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

30. April 1983  
25. Juni 1983  
24. September 1983  
26. November 1983

im Ärztahaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 22. April, 17. Juni, 16. September und 18. November 1983.

Die Teilnehmergebühr von DM 20,- ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

## Personalia

### Professor Dr. R. Zenker 80 Jahre

Am 24. Februar 1983 feierte Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Rudolf Zenker, Hauensteinstraße 14, 8000 München 90, seinen 80. Geburtstag.

Professor Rudolf Zenker studierte in München und Zürich Medizin, bestand 1928 in München sein Staatsexamen und promovierte hier 1930. Nach der Medizinalpraktikantenzeit im Pathologischen Institut der Universität München und an der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg war er erneut am Pathologischen Institut unter M. Borst tätig. Von hier ging er nach Tübingen, um bei M. Kirschner seine chirurgische Weiterbildung zu beginnen. Später übersiedelte er mit seinem Lehrer nach Heidelberg und habilitierte sich dort 1937 für das Fach Chirurgie. Im Juni 1943 wurde er zum apl. Professor ernannt. 1943 ging er als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten nach Mannheim und war von 1947 bis 1951 gleichzeitig Direktor dieses Krankenhauses. 1951 nahm der Jubilar einen Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Marburg/Lahn an und wurde von dort im Oktober 1958 als Ordinarius für Chirurgie nach München berufen.

Bereits in Mannheim wandte sich Professor Zenker der gerade aufkommenden Herzchirurgie zu. Seit 1955 beschäftigte er sich intensiv mit Fragen und Problemen des extrakorporalen Kreislaufes und führte am 19. Februar 1958 die erste erfolgreiche Operation mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine in der Bundesrepublik Deutschland durch.

Das wissenschaftliche Werk von Professor Zenker ist außergewöhnlich vielseitig und umfangreich. Weit über 200 Originalarbeiten, Bücher, Handbuchbeiträge usw. stammen aus seiner Feder.

Zahlreiche Ehrungen wurden Professor Zenker zuteil. Unter ihnen sind vor allem die Ernennung zum Ehrenmitglied der Amerikanischen Chirurgenvereinigung und die Verleihung der Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Saloniki zu nennen.

ad multos annos!

### Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Willibald Maier, Allgemein- arzt, 1. Vorsitzender der Schlichtungs- stelle für Haftpflichtstreitigkeiten bei der Bayerischen Landesärztekammer, Georgenstraße 118/I, 8000 München 40, wurde mit dem Verdienst- kreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

### Bundesverdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesre- publik Deutschland wurden ausge- zeichnet:

Dr. med. Hermann Bleek, Frauenarzt, Haushoferstraße 36, 8221 Seebuck;

Professor Dr. med. Walter Mohing, Chefarzt der I. Orthopädischen Klinik der Hessing-Stiftung, Hessingstraße 17, 8900 Augsburg 22;

Dr. med. Johannes Scholz, prakti- scher Arzt, Gronsdorferweg 4, 8429 Ihrlerstein;

Dr. med. Georg Schreiber, Medizin- journalist, Brunnsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf;

Dr. med. Hermann Theobald, Inter- nist, Maximilianstraße 12, 8800 Ans- bach.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maxi- miliansplatz, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für experimentelle Medizin in Grie- chenland ernannt.

Dr. med. Karl Heinz Gran, Bayeri- sches Staatsministerium des Innern, Sachgebiet Verhütung und Bekämp- fung übertragbarer Krankheiten, All- gemeine Hygiene, Epidemiologie und medizinische Fragen in der zivilen Verteidigung, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, wurde zum Ministerial- rat ernannt.

Professor Dr. med. Georg Heberer, Direktor der Chirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kata- strophenmedizin gewählt.

## Fakultäten

### Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. Stefan Kunze, bisher Neurochirurgische Klinik mit Poliklinik, wurde zum Professor — C 4 an der Universität Heidelberg er- nannt.

Zum Akademischen Direktor wurden ernannt: Dr. med. Bernhard Böwing, Kinderklinik mit Poliklinik; Dr. med. Friedrich Eberlein, Frauenklinik mit Poliklinik.

Dr. med. Konrad Richter, Kinder- klinik mit Poliklinik, wurde zum Aka- demischen Oberrat ernannt.

Dr. med., Dr. rer. nat. Andreas Zober, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, wurde zum Akademischen Oberrat auf Zeit ernannt.

Privatdozent Dr. med. Claus Toni Haid, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, wurde zum Akademischen Rat ernannt.

### München — Technische Universität

Professor Dr. med. Paul Bernett, In- stitut für Sporttraumatologie und Po- liklinik für Sportverletzungen, wurde für ein weiteres Jahr zum Leiter des Sportzentrums bestellt.

Privatdozent Dr. med. Hans-Jürgen Möller, Psychiatrische Klinik und Poliklinik, wurde zum Professor für Psychiatrie (Extraordinarius) er- nannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Pri- vatdozent Dr. med. Stefan Chleba- rov, Dermatologische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Michael Fischer, Städtisches Kran- kenhaus Passau; Privatdozent Dr. med. Werner Hansen, II. Medizini- sche Klinik und Poliklinik.

Dr. med. Nikolaus Schad, Radiologi- sche Abteilung des Städtischen Krankenhauses Passau, wurde die Lehrbefugnis für Radiologie erteilt und mit gleicher Wirkung die Be- zeichnung außerplanmäßiger Pro- fessor verliehen.

### Stellenwert der Gesundheitspolitik

Der politische Stellenwert der Gesundheitspolitik scheint gering zu sein. Diese Schlußfolgerung ist aus den Wahlprogrammen der Parteien zu ziehen. Gesundheitspolitik findet dort nämlich praktisch nicht statt. Über wenige Grundsatzbemerkungen geht allein die SPD hinaus. Aber deren Aussagen sind eher geeignet, Besorgnis zu stiften. Reformkonzepte, die diesen Namen verdienen, werden nirgendwo feilgeboten, auch von den „Grünen“ nicht, die Krankheit möglicherweise nur als Funktion der Umweltverschmutzung verstehen. Das Fehlen gesundheitspolitischer Aussagen könnte zu dem Mißverständnis führen, daß allgemein Zufriedenheit über den Zustand der Krankenversorgung herrsche. Näher liegt schon der Verdacht, daß die politischen Akteure ratlos oder mutlos darüber sind, was denn dem Wehpublikum als Konzept für die Gesundheitspolitik anzubieten oder gar zuzumuten sei.

Die F.D.P. beschränkt sich darauf, die Forderung zu stellen, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung die Elemente des Wettbewerbs, der Selbstbeteiligung, der Wahlfreiheit und der Kostentrensparenz zu verstärken sind. Die Botschaft ist bekannt, sie klingt auch gut. Aber wo gibt es den Partner für eine solche Politik? Die Union gibt keine Antwort darauf, jedenfalls nicht im Wahlprogramm. Immerhin legt sie sich auch nicht auf das Gegenteil fest. Das läßt immerhin die Hoffnung auf ernsthafte Gespräche über solche Themen nach dem Wahltag zu. Volksparteien darf man offensichtlich im Programmatischen nicht überfordern. Die Union tut sich ohnehin schwer, den Bürgern die Notwendigkeit des Sparkurses und den Sinn der Konsolidierungspolitik plausibel zu machen. Die Hamburger Wahlschleppung hat Wirkung gezeigt.

Die SPD hat in der Opposition keine Mühe mehr, ihre Politik zu erklären. Offen bleibt nur, wie sie ihre Politik finanzieren und wie sie den Unternehmern Mut machen will, mehr Arbeitsplätze zu schaffen. Die SPD legt kein Wahlprogramm vor. Sie greift höher; sie präsentiert ein Regierungsprogramm bis 1987. Das Selbstbewußtsein scheint möglicherweise die Wahlaussichten zu übertreffen. „Unser Gesundheitswesen ist leistungs-

fähig, aber seine ständig wachsenden Kosten führen zu der Gefahr, daß das Gesundheitswesen unbezahlbar wird.“ So heißt es im Regierungsprogramm. Dem ist schwer zu widersprechen, auch nicht der Feststellung, daß es darum gehe, die vielen Milliarden der Arbeitnehmer so effektiv wie möglich einzusetzen. Arbeitnehmer, dessen ist sich die SPD gewiß, wollen eine „rationale und soziale Gesundheitspolitik“. Aber was ist darunter zu verstehen?

Das Programm gibt einige Hinweise. So heißt es, daß die bisherigen Bemühungen um Ausgabenbegrenzung Schritte in der richtigen Richtung gewesen seien. Die Kostendämpfungspolitik soll also verschärft werden, was als „Reform des Gesundheitswesens“ angepriesen wird. So soll die „Übermacht der Anbieter von Gesundheitsleistungen“ durch „effiziente Instrumente“ abgebaut und damit ein Beitrag zur Begrenzung der Einkommens- und Gewinnzuwächse geleistet werden. Im Visier hat man die Ärzte und die Pharma-Industrie. Auch will die SPD die „Auswüchse des Arzneimittelmißbrauchs“ beseitigen, die Überbetonung der technischen Medizin abbauen und eine Medizin fördern, die sich mehr am Menschen und seinem sozialen Umfeld orientiert. Auch die soziale Gerechtigkeit wird bemüht, und zwar bei der Forderung, die Beitrags- und Leistungsunterschiede zwischen den Krankenkassen zu beseitigen. Das gegliederte System wird damit zur unsozialen Institution erklärt.

Auf einer Podiumsveranstaltung in Bonn bemühte sich der frühere Kieler Staatssekretär Professor Beske im Rahmen der „Gesundheitspolitischen Gesellschaft“, mehr Licht in das Dunkel der Absichten der Parteien zu bringen. Dem verdienstvollen Versuch war wenig Erfolg beschieden, was am wenigsten dem Moderator Beske anzulasten war. Den prominenten Fragestellern auf dem Podium – Vilmar, Schmitz-Formes, Sebastian, Zedelmaier, Mort und Eberhardt, also die Vertreter der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker – war anzumerken, daß sie geübter darin sind, Fragen zu beantworten, als welche zu stellen. Daß die Politiker die Kunst beherrschen, mit vielen Worten wenig zu sagen, ist hinlänglich bekannt. Man hätte sie härter stellen müssen.

Dennoch sind einige Aussagen bemerkenswert. So sprachen sich eigentlich alle Politiker – auf dem Podium saßen Jaunich (SPD), Frau Neumeister und Franke (CDU) und Cronenberg (F.D.P.) – dagegen aus, die Politik des „Verschiebebahnhofs“ fortzusetzen. Wer spare, müsse auch das Ertolgerlebnis haben, meinte Frau Neumeister. Ihr Grundsatz: jeder Versicherungszweig müsse sich selbst finanzieren. Das ließen auch Jaunich und Cronenberg gelten. Sie machten jedoch Bemerkungen, die immerhin Zweifel lassen, ob dies denn auch so ganz ernst gemeint sei. So sagte Jaunich, daß die Finanzmisere der Sozialversicherung aus der hohen Arbeitslosenzahl abzuleiten sei. Da werde allgemeine Solidarität gefordert, die durch eine Arbeitsmarkt-ebgabe zu erreichen sei. Da diese Abgabe bekanntlich als verfassungswidrig gilt, steht die SPD vor dem Problem, wie denn anders die Solidarität herbeigeführt werden kann. Cronenberg versuchte zu differenzieren. Nicht alles, was im Verschiebebahnhof hin und her geschoben sei, verdiene die Abwertung; es seien auch ordnungspolitisch richtige Entscheidungen getroffen worden. Trifft das auch für die Krankenversicherung zu?

Zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik gab es nur schwache Bekenntnisse. Man könne nun einmal nicht mehr ausgeben, als man habe, meinte Cronenberg, der rasch merkte, daß er die Schuldenpolitik der letzten Jahre aus dem Blick verloren hatte. Er meinte ergänzend, daß viele Schwierigkeiten gerade daher rührten, daß dieser Grundsatz mißachtet worden sei. Jaunichs Schweigen wird wohl als Zustimmung zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zu werten sein. Zedelmaier brachte den Begriff einer „einnahmeorientierten Leistungspolitik“ ins Gespräch, womit eine an den Einnahmen orientierte Begrenzung des Leistungskatalogs gemeint war. Das Prinzip ließen alle mehr oder minder deutlich gelten, was zu der Frage führte, was denn aus der Negativliste werden solle. Jaunich und Cronenberg blieben fest: es bleibt dabei! Frau Neumeister sagte Überprüfung zu, aber zunächst einmal müßten Erfahrungen gesammelt werden.

Sebastian stellte die Frage nach der Selbstbeteiligung. Cronenberg wurde ausgespart, weil sein „ja“ sicher war. Jaunich meinte, daß seine Ablehnung nicht weniger zuverlässig sei. Franke sprach die Hoffnung aus, daß man in zwei Jahren möglicherweise wisse, ob der Selbstbeteiligung eine Steuerfunktion für die Gesundheitskosten zukomme. Fazit: Es wird auch künftig so weiter gewerkelt wie bisher. Nichts Neues in der Gesundheitspolitik!

bonn-mot

### München als Messeplatz portraitiert

Die Bedeutung des Messeplatzes München für den gesamten Freistaat Bayern hat Finanzminister Max Streibl anlässlich der Eröffnung neuer Ausstellungshallen auf dem Messegelände der Landeshauptstadt unterstrichen. Die drei neuen Hallen und ein neues Eingangsbauwerk wurden im südlichen Teil des Ausstellungsgeländes mit einem Aufwand von rund 260 Millionen errichtet und erweitert mit ihren 20 000 Quadratmetern die Ausstellungsfläche um rund 25 Prozent. In seiner Rede hob der Finanzminister hervor, daß München mit 1,7 Millionen Besuchern im vergangenen Jahr zu den bedeutendsten deutschen Messeplätzen zähle. Der Freistaat unterstütze deshalb die Aktivitäten der Münchner Messegesellschaft gern und nachhaltig, weil sie hochwertige und für die bayerische Wirtschaft unverzichtbare Produkte anbiete. Die inländische Wirtschaft sei im besonderen Maß auf einen regen Informationsfluß angewiesen, der bei sachkundig ausgerichteten Messen gewährleistet sei.

Unser unverändert überdurchschnittlicher Lebensstandard gründe sich, so Streibl, auf eine moderne und effiziente Wirtschaft. Der Wohlstand sei untrennbar mit der Leistungsfähigkeit der Wirtschaft verknüpft, deren Erhaltung „eine ständige Anpassung“ an die sich laufend wandelnden Gegebenheiten fordere. Ein lebhafter Wettbewerb setze jedoch einen transparenten Markt voraus, der in entscheidendem Ausmaß durch die Leistungen der Messeveranstalter geschaffen werde.

Wegen der besonderen Bedeutung des Wettbewerbs für die Volkswirtschaft sei es Aufgabe der Staatsregierung, mit geeigneten Maßnahmen den Wettbewerb zu erhalten und möglichst noch zu beleben, erklärte Streibl. Der Freistaat Bayern fördere daher in vielfältiger Weise das Messewesen. So werden beispielsweise durch das von der Staatsregie-

rung aufgelegte Messeprogramm mittelständischen Unternehmen Messebeteiligungen ermöglicht.

Für Münchens Oberbürgermeister Erich Kiesl bieten die neuen Bauten die besten Voraussetzungen dafür, die Wettbewerbsfähigkeit des Messeplatzes München auch über das Jahr 2000 hinaus zu erhalten und auszubauen. Die Münchner Messe sei heute ein bedeutender Wirtschaftsfaktor für die Stadt, für die gesamte Region und in manchen Bereichen für ganz Bayern. Der Wert dieses Wirtschaftsfaktors könne in einer Zeit der Rezession gar nicht hoch genug gesetzt werden. Die Messe gebe Impulse und fördere Innovationen für die Wirtschaft des ganzen Landes. Der Standortvorteil eines internationalen Messeplatzes werde durch das neue Ausstellungsangebot noch wertvoller. Für die ansässigen Wirtschaftsbetriebe bedeute dies mehr und bessere Marktinformationen, der Zugang zu überregionalen und internationalen Märkten werde erleichtert.

Neben diesen genannten Vorteilen bewirkt die Messe nach Angaben von Kiesl auch direkte Einkommens- und Arbeitsmarkteffekte. Dies beginnt bei den 500 bis 700 Millionen Mark, die pro Jahr im Wirtschaftsraum München in Zusammenhang mit Messeereignissen ausgegeben werden. Ein beachtlicher Teil des einheimischen Dienstleistungsgewerbes und des Handwerks lebt davon. Schätzungsweise werden weit über 50 000 Arbeitsplätze direkt oder indirekt durch den Wirtschaftsfaktor Messe gesichert. Das sind auch 50 000 Familien, deren wirtschaftliche Existenz auf das engste mit dem Schicksal des Münchner Messewesens verknüpft ist. Wenn München mit einer Arbeitslosenquote von 6,7 Prozent noch relativ günstig da stehe, so sei dies zu einem guten Teil auf die positiven Auswirkungen des florierenden Messeschäftes zurückzuführen. Letzteres werde auch in den kommenden Jahren eine wertvolle Hilfe bei der Ab-

wehr konjunktureller und struktureller Arbeitslosigkeit sein. Die Ergebnisse der vergangenen Jahre rechtfertigen nach Angaben von Kiesl diese Zuversicht, denn im Zeitraum zwischen 1975 und 1982 waren in folgenden Bereichen Steigerungen von über 100 Prozent zu verzeichnen: Die Zahl der Aussteller stieg von rund 10 000 auf über 20 000. Statt 800 000 Besucher pro Jahr sind es jetzt rund 1,7 Millionen. Die Umsatzerlöse und sonstigen Erträge allein der Münchner Messe- und Ausstellungsgesellschaft stiegen von rund 30 Millionen auf fast 70 Millionen DM. Dazu kommen noch die Umsätze der anderen drei Messegesellschaften, die ebenfalls zur Unternehmensgruppe Messe München International gehören. Die Rekordergebnisse des vergangenen Jahres belegen: Der Messemarkt folge — so Kiesl — anderen Gesetzen als die allgemeine Konjunkturontwicklung. Nur ein sehr geringer Teil der Aussteller entscheidet sich aufgrund der wirtschaftlichen Lage für Zurückhaltung. Dies werde mehr als ausgeglichen durch die zunehmend intensivere Nutzung des Mediums Messe im Marktgeschehen.

Mit den neuen Bauten wird nach Ansicht des Hauptgeschäftsführers der Münchner Messegesellschaft Dr. Werner Marzin, die Wettbewerbsfähigkeit des Münchner Messewesens wieder hergestellt, denn man habe nicht Vorratsflächen geschaffen, sondern die längst überfälligen Kapazitäten. Jetzt sei das Quadratmeterangebot zwar knapp, aber immerhin ausreichend. Auslösendes Moment für die Erweiterungen war die Bewerbung der Landeshauptstadt München um die Internationale Gartenbauausstellung, die in wenigen Wochen die neuen Hallen belegen wird. Diese Tatsache war für Dr. Marzin Anlaß, darüber nachzudenken, daß es immer einmalige Ereignisse in der Landeshauptstadt waren, die auch für das Münchner Messewesen — sozusagen am Rande — etwas abfallen ließen. Er verwies dazu auf die Verkehrsausstellungen oder die Olympischen Spiele, Ereignisse, von denen die Messegesellschaft mit ein paar Quadratmetern mehr profitieren konnte. Das Münchner Messewesen habe durchaus einen Eigenwert, den man ihm auch einräumen müsse. Dazu trage eine Kundschaft in mehr als hundert Ländern bei, fast zwei Millionen Besucher jährlich, oder 30 000 Aussteller.

*Michael Gscheidle*

### Zum Berchinger Treffen 1983

Am Wochenende des 19./20. März dieses Jahres findet die Jahresversammlung der Landesgruppe der bayerischen Schriftstellerärzte und das damit verbundene Treffen wieder in Berching statt, einem Ort, der sich nicht nur durch seine zentrale Lage auszeichnet, sondern auch durch die Zusammenfassung aller Teilnehmer und aller Veranstaltungen in dem renommierten Hotel „Zur Post“. Dies gibt dem Treffen eine familiäre Note, die durch die Teilnahme der Ehefrauen besonders unterstrichen wird.

Für uns Ältere ist Berching darüber hinaus ein Ort des Erinnerns an unseren unvergeßlichen Heinz Schauwecker, der Jahrzehnte dort als Arzt und Dichter wirkte und der uns durch seine ausstrahlende Persönlichkeit „sein Berching“ erst richtig lebend werden und es uns lieben lernen ließ.

So werden die schönen Berchinger Tage immer verbunden bleiben mit Heinz Schauwecker, dem Ehrenpräsidenten des BDSÄ, dem Ehrenmitglied der UMEM und dem Träger der Paracelus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Am 4. Juni jährt es sich heuer zum sechsten Male, daß wir Heinz Schauwecker verloren haben. Wir bringen im nachfolgenden eine kleine Skizze von Confrère Reger aus Schauweckers Anfangszeit als praktischer Arzt in Nürnberg, wo er bis zu seiner Vertreibung nach Berching im Dritten Reich durch Gauleiter Streicher wirkte.

*Dr. med. Robert Peschke,  
8535 Emskirchen*

#### Heinz Schauwecker – aus meiner Sicht

von Wilhelm R e g e r

Ich wohnte 1923 bei meinem Onkel in Nürnberg in der Bauvereinstraße, im Stadtteil Wöhrd. – Mein Onkel war ein Freund von Dr. Schauwecker. Schauwecker hatte am Geisberg, gleich neben der Wöhrder Kirche, seine Praxis. Es war eine typische

Kleinleutepraxis. In Wöhrd wohnten ja vorwiegend Arbeiter und kleine Angestellte. Schauwecker war, ein graziler, elastischer Mann. Er war, wie mein Onkel, Mitglied der Reichsflagge. Das war eine rechtskonservative Wehrorganisation, die später in den Stahlhelm überführt wurde.

Schauwecker war damals schon sehr rege dichterisch tätig. Im damaligen „Fränkischen Kurier“ erschienen viele seiner Gedichte. Eine langjährige Patientin von mir, Frau Anna Tischhöfer, wohnhaft Nürnberg, Wodanstraße 20, war eine Jugendfreundin von ihm. Sie wisse, daß er unter schwierigen Verhältnissen aufgewachsen sei. Sein Vater sei schon frühzeitig in Siechtum verfallen und in einer Anstalt verstorben. Die Familie sei von einem Bruder des erkrankten Vaters, eines Apothekers, unterstützt worden und die Mutter habe die Stelle einer Filialeiterin der Delikatessenfirma Schafft übernommen. Nach dem Tode ihres Mannes habe sie, schon über fünfzig Jahre alt, ihren Schwager geheiratet.

1914 sei Schauwecker in einem in Nürnberg zusammengestellten Lazarettzug tätig gewesen. Chefarzt war ein reaktivierter Oberstabsarzt, namens Dr. v. Kirchbauer. – Sie, damals noch Fräulein Reger – nicht mit mir verwandt – habe ihm, als der Lazarettzug zum Einsatz kam, eine Postkarte geschrieben, auf der drei Nelken abgebildet waren. Er habe mit folgendem Gedicht geantwortet:

*Drei Nelken, – sie blühen, – sie welken.  
Drei Sterne, – kler biauue, – ich scheue.  
Die Nelken, – sie welken.  
Die Sterne, – klar bieuue, – vergess' ich  
nimmer,  
sie strehien immer.*

Frau Tischhöfer, 1893 geboren, hat heute noch schöne, klare blaue Augen. Sie sagte mir, Schauweckers erste Ehe mit einer Lehrerin sei unglücklich gewesen, sie sei geschieden worden.

Später habe er ihr noch einmal folgendes Gedicht geschrieben:

*Ein Windhund, der an der Leine liegt,  
het sich für ein paar Stunden losgekriegt.  
Derselbe würde sich riesig freu'n,  
zum Tee mit Dir ein Plätzchen zu kau'n.  
Kommst Du em Samstagabend halb echt,  
bin ich zutrieden und glücklich gemecht.  
Semsteg nechmittleg um halb vier,  
erwarte ich Femsprechentwort von Dir.  
1220, behalt' die Nummer im Schädei,  
komm' sicher, denn bist Du mein  
reizendes Mädel.  
Hab' ein Herz, sei besser, eis  
dies Gedicht,  
versetz' den hoffenden Windhund nicht.*

Er habe einen Windhund dazu gezeichnet.

Sie habe ihm geantwortet:

*Sehr geehrter Windhund!  
ich weiß die Ehre zu schätzen—Aber:  
ich danke für Tee in japanischen Tassen.  
Sie müssen sich leider versetzen lassen.  
Semstag um echt, des ist der Grund,  
treff'ich Fräulein Bobby, verehrter  
Windhund.*

Weitere Kontakte habe sie anschließend nicht mehr zu ihm gehabt. – Seine zweite Frau sei auch Lehrerin gewesen.

Aus meiner Sicht, man mag es als Epikrise auffassen, war Schauwecker einer von den Poeten, über die Schiller in seinem Gedicht Gott sprechen läßt, als es keine materiellen Güter mehr auf Erden zu verteilen gab: „Willst Du in meinem Himmel mit mir leben, so oft Du kommst, er soll Dir offen sein“. – Es ging von ihm eine charismatische Kraft aus, die trotz, vielleicht auch gerade wegen ihres ätherischen Wesens prägend auf Menschen seines schriftstellerischen Einflußbereiches wirkte.



**Krank im Ausland?**

Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei

**S.O.S.-Flugrettung e.V.**  
7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/70 55 55

Die Resonanz im Saitengefüge der Seelen erfolgt dabei in einer Art geistiger Formung zu einem Gleichklang der Seelen. Nicht jeder ist dazu prädestiniert (Wenn ihr's nicht fñhlt, ihr werdet's nicht erjagen — Goethe, Faust I. Vers 534).

Konflikte und Spannungen, teils wesens-, teils umweltbedingt, hat es im Leben des humanistischen Romantikers Schauwecker in erheblichem AusmaÙ gegeben.

Wie sollte auch ein Mensch seines hohen Differenziertheitsgrades davon verschont bleiben, zumal in einer Zeit so gehäufter, erschütternder Katastrophen, wie er sie erlebte.

Goethe sagt über Hamlet: „Seine Seele war wie eine zarte Vase, in die man einen Eichbaum pflanzte. Sie mußte bersten.“

Solche Menschen haben es schwer in ihrer irdischen Existenz. Hamlet, König Ludwig II., Hölderlin, Lenau usw. sind an diesem Eichbaum in ihrer Seele zerbrochen.

Hölderlin sagt von sich: „In Trauer denkt der, der Ich bin, an den, der ich sein könnte.“ Ludwig II. sprach das Wort: „Tote sind in unendlicher Nähe und in unendlicher Ferne. Sie sind nicht verletzbar und können nicht verletzen.“

Das mimosenhafte Wesen seiner zarten Seelenvase ließ keinen Kontakt mit der realen Umwelt zu. Die Konfrontation mit ihr zerstörte ihn.

Schauwecker ist an dieser Konfrontation nicht zerbrochen. Er ist an ihr gereift, aber gelitten hat er auch unter ihr. Die Vase seiner Seele barg viel von der Art der Sehnsuchtsbäumchen, die auf wunden Füßen nach Verona wanderten. (Bezug: Gedicht von Maria Bednara).

Es ist das der Aspekt, wie sich mir Heinz Schauwecker aus der Schilderung darstellt, die mir mein Onkel von ihm gab, wie er aus seinen Gedichten zu mir spricht und wie ich ihn noch — als damals vierzehnjähriger Junge — erlebt habe.

Das, was mir Frau Anna Tischhöfer über ihre Kontakte zu ihm berichtet hat, rundet mein Urteil über ihn in diesem Sinne ab.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Wilhelm Rager, Diatrichstraße 6, 8500 Nürnberg

## Kongresse — Allgemeine Fortbildung

### Notfall- und Katastrophenmedizin

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

**30. März 1983**

Die Schädelverletzung — ein interdisziplinäres Problem (Neurochirurgie, MKG-Chirurgie, HNO-Halsklinik, Augenhilfskunde, Anästhesiologie)

**27. April 1983**

Sauchenprobleme bei Katastrophen — Der Notfall in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde — Der kardiale Notfall

Zeit: 15 Uhr s. t. bis 18 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Nauherbergstraße 11, München 45

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammar, Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 — 287

### Abrechnungssseminar

am 12. März 1983 in München

Der Hartmannbund, Landesverband Bayern, veranstaltet ein Abrechnungssseminar für niederlassungswillige und bereits niedergelassene Ärzte sowie deren abrechnungsinteressierte Ehepartner und Arzthelferinnen für folgende Fachgruppen:

Allgemeinärzte (praktische Ärzte) — Anästhesisten — Augenärzte — Chirurgen — Frauenärzte — Hals-Nasen-Ohrenärzte — Internisten — Kinderärzte — Neurologen/Psychiater — Orthopäden — Urologen

Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

Teilnehmergebühr: DM 80,— für Nichtmitglieder; DM 40,— für Mitglieder; DM 10,— Mittagessen

Auskunft und Anmeldung:

Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Telefon (089) 470 60 85 oder 470 60 86

## 71. Augsburger Fortbildungskongreß (Seminar Kongreß) für praktische Medizin

am 26./27. März 1983 in Augsburg

Wissenschaftliche Leitung: Collegium Medicum Augustanum

Kongreßleitung: Dr. H. Hallmann, Augsburg

Ort: Kongreßhalle der Stadt Augsburg

**Samstag, 26. März 1983**

9.00 Uhr:

Eröffnung

Dr. K. Hellmann, Augsburg

9.15—13.00 Uhr:

Sonographiaseminar für Fortgeschrittene  
Professor Dr. Rettenmaier, Böblingen

9.30—11.00 Uhr:

Ergometrieseminar für Ärzte und medizinische Assistenzkräfte  
Dr. H. H. Borchers, Augsburg

9.15—13.00 Uhr:

Laborseminar für Ärzte und medizinische Assistenzkräfte  
Boehringer Mannheim

11.15—13.00 Uhr:

Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen  
Dr. G. Harback, Nürnberg

11.30—12.30 Uhr:

Balint-Seminar

Dr. H. Ringler, Löhne

14.30—17.30 Uhr:

Schilddrüseneminar

Professor Dr. P. Raisert, Karlsruhe

14.00—17.00 Uhr:

Sportmedizinisches Seminar

Dr. P. Konopka, Augsburg

15.00—17.30 Uhr:

Laborseminar für Ärzte und medizinische Assistenzkräfte (Fortsetzung)

Boehringer Mannheim

15.00—16.00 Uhr:

Balint-Seminar (Fortsetzung)

Dr. H. Ringler, Löhne

**Sonntag, 27. März 1983**

9.00—10.45 Uhr:

Psychiatrische Untersuchungsmethoden  
in der Praxis

Professor Dr. Mayendorf, München

11.15—13.00 Uhr:

Kardiologisches Seminar

Professor Dr. H. Lydtin, Starnberg

9.00—10.45 Uhr:

Impfseminar

Dr. E. Plassmann, München

11.30—13.00 Uhr:

Abrechnungssseminar

Dipl. Kfm. H. G. Stark, Augsburg

9.00—13.00 Uhr:

Laborseminar für Ärzte und medizinische Assistenzkräfte

Boehringer Mannheim

Teilnehmergebühr: DM 40,— für den gesamten Kongreß; DM 25,— für die Tageskarte

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 337 77

# 1. Fortbildungsveranstaltung des Münchner Blutdruck-Programms (MBP)

am 19. März 1983 in München

Veranstalter: Münchner Blutdruck-Programm (MBP) und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München

Ort: Großer Saal des Ärztehauses Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

Leitung: Professor Dr. H. Holzgreve, München

9.15–13.00 Uhr:

Begrüßung und Einführung  
Dr. H. Hege, München

Ziele und Aufgaben des Münchner Blutdruck-Programms

Dr. U. Keil, H. Fricke, beide München

Hypertonie – Diagnostik: Obligates – Sinnvolles – Überflüssiges

Professor Dr. H. Holzgreve, München

Behandlung oder Nichtbehandlung der leichten Hypertonie?

Privatdozent Dr. U. Laaser, Heidelberg

Führung des Hochdruckpatienten, Verbesserung der Kooperation

Professor Dr. Th. Philipp, Berlin

Bevölkerungsmedizinische und ökonomische Aspekte der Bluthochdruckbekämpfung

Professor Dr. K. Hayduk, Düsseldorf

– Nach jedem Vortrag Diskussion –

Auskunft und Anmeldung:

Münchner Blutdruck-Programm (MBP), Briener Straße 21, 8000 München 2, Telefon (089) 55874-157 oder 3874-5382

## Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., Landesverband Südbayern

am 17. März 1983 in München

Themen: Die arbeitsmedizinische Versorgung nach G 25 (Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten) und G 37 (Bildschirmarbeitsplätze) – Ergophthalmische Kriterien und Erfahrungen mit der Durchführung (Dr. C. Sertori, München) – Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr – Keiner Hörseel der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, München 2

## Münchener Ophthalmologen-Praktika

25. bis 29. April 1983

Themen: Mikrochirurgische Versorgung von Augenverletzungen (praktische Übungen am isolierten Tiereuge – OP-Lupen-Mikroskope – Nahttechnik – TV-Demonstrationen) – Strabismus – wichtige derzeitige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Ort: Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Privatdozent Dr. P. Roggenkämper, Augenklinik und -poliklinik der TU München, Telefon (089) 4140-1

## Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(innen)

vom 11. bis 22. April 1983 in Erlangen

Leitung: Dr. Werner Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung:

Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-272

## Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

vom 15. bis 17. April 1983 in Seefeld

Sportärztliche Ausbildungstegung „Sportwochenende in Theorie und Praxis“

Leitung: Dr. K. Steininger, Dr. H. Pabst, München

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (089) 649626

23. April 1983 in Bad Tölz

Fortbildungsveranstaltung

Leitung: Dr. H. Gall, München

Thema: Sportmedizin in der täglichen Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Gall, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (089) 6922098

am 7./8. Mai 1983 in Grünwald

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. K. Steininger, Dr. M. Kleine, München

Thema: Trainer, Arzt und Athlet, speziell Langzeitausdeuersportarten

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (089) 649626

# Schnupfen • Husten • Infekte

## Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinusitis

**Indikationen:** Sinusitis, Pansinusitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.

**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Cinnabaris D<sub>3</sub> 15 g, Carbo vegetabilis D<sub>3</sub> 10 g, Silicea D<sub>3</sub> 10 g, Mercur solub D<sub>3</sub> 15 g, Hydrastis D<sub>4</sub> 10 g, Kalium bichromic D<sub>4</sub> 15 g, Thuja D<sub>3</sub> 15 g, Calc. sulfuric. D<sub>3</sub> 10 g.

**Dosierung:** 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.

**Packungen und Preise:** Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95, Klinikpackungen.

## Capval® Depot-Antitussikum

**Indikationen:** Akute und chronische Atemwegsereizungen, die hustenreizende Wirkung erfordern.

**Reiz:** Krampf- und Knackhusten, leichtes Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.

**Hinweise:** Keine Bacht – keine Oberlippen

**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

**Zusammensetzung:** Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Compositum ad 100 ml.

**Dragees:** = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 28 mg Noscapin.

**Dosierung:** Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren:

Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.

Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.

Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.

**Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monaten) bitte Packungsbeilage entnehmen!**

**Handelsformen und Preise:**

Saft: OP m. 100 ml DM 6,45

Tropfen: OP m. 30 ml DM 6,45

OP m. 100 ml DM 22,00

Dragees:

OP m. 30 Stück DM 6,36

OP m. 250 Stück DM 43,40

OP m. 100 ml DM 22,00

Klinikpackungen.

## Toxiselect®

zur körpereigenen Abwehr  
akuter und chronischer Infekte

**Indikationen:** Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitender Schämblutlasten. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden.

**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Echinacea purp. u. angust. 40 g, Bryonia D<sub>2</sub> 20 g, Apis mellif. D<sub>3</sub> 10 g, Lachesis D<sub>3</sub> 20 g, Sulfur D<sub>3</sub> 10 g.

**Dosierung:** Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal

täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen!

**Packungen und Preise:** Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95, Klinikpackungen.

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Depot für Österreich: Magister DOBNER Ges. m. b. H. Schützenberg 14, A-1020 Wien.

# Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer  
— Akademie für ärztliche Fortbildung —

**Auskunft, Anmeldung und Programm (soweit nicht anders angegeben):**

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16,  
8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288**

## Dermatologie

**Aktuelle Probleme bei sexuell übertragenen Erkrankungen am 27. April 1983 in München**

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München  
Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. O. Braun-Falco

Beginn: 16.15 Uhr — Ende: ca. 18.10 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Dermatologischen Klinik, Frauenlobstraße 9-11, München 2

Themen: Extremitäten Gonorrhoe — Therapie der Gonorrhoe im Zeitalter der Beta-Laktamase-Bildner — Ulcus molle: Diagnostik und Therapie — Nicht-gonorrhoeische Urethritis und Zervizitis — Die vaginale Kandidose als sexuell übertragene Erkrankung — Aktuelle Syphilisdiagnostik — Heutiger Stand der Syphilistherapie — Diskussion

Letzter Anmeldetermin: 15. April 1983 (Posteingang)

## Elektrokardiographie

**Fortbildungskura in der Elektrokardiographie des Kleinalters am 25./26. März 1983 in Erlangen**

Leitung: Professor Dr. H. Guthell

Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kardiologische Abteilung/Herzzentrum Universität  
Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Beginn: 25. März 14.30 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Beginn: 26. März 9.00 Uhr — Ende: 14.00 Uhr

Teilnahmegebühr: DM 30,—

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung, Frau Kreiler, Telefon (09131) 85-37 50

**Einführungsseminar Teil I am 22./23. April 1983 und Fortgeschrittenenseminar Teil II am 6./7. Mai 1983 in Bernried**

Leitung: Professor Dr. P. Mathes  
Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankungen der LVA Oberbayern, Bernried

Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: jeweils Freitag, 14.00 Uhr — Ende jeweils Samstag, 17.00 Uhr

Themen: Teil I: Elektrophysiologische Grundlagen — Ableitungssysteme — Normales EKG — Nomenklatur — Lagetypen — Vorhof-EKG — Linksventrikuläre Hypertrophie — Schenkelblockbilder — AV-Blockierungen — Schrittmacher-EKG

Teil II: Vektorielle Betrachtungsweise — Herzinfarkt — Belastungs-EKG — Repolarisationsstörungen — Elektrolytstörungen — Medikamentöse Einflüsse — WPW-Syndrom und andere Präexitationssyndrome — Faszikuläre Blockierungen — Vorhofrhythmusstörungen — Elektrotherapie der Rhythmusstörungen

Teilnehmergebühr: DM 90,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. Mathes, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon (08158) 2 43 40

**Fortbildungsseminar I vom 29. April bis 1. Mai 1983 (Einführungsseminar) und Fortbildungsseminar II vom 13. bis 15. Mai 1983 (Seminar für Fortgeschrittene) in München**

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. Dr. C.S. So, Plattling

Beginn: jeweils Freitag, 17.00 Uhr; jeweils Samstag/Sonntag, 9.00 Uhr — Ende: jeweils Freitag/Samstag 20.00 Uhr; jeweils Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 19. April 1983 (Posteingang) — Teil II: 3. Mai 1983 (Posteingang)

## März — April 1983

10. bis 12. März  
Sonographie, Würzburg

11./12. März  
Orthopädie, Erlangen

11./12. März  
Sonographie, München

12. März  
Innere Medizin, Hof

14. bis 18. März  
Sonographie, Würzburg

16. März  
Plastische Chirurgie, München

18./19. März  
Sonographie, München

18. bis 20. März  
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

19. März  
Urologie, Grafenau

23. März  
Neurochirurgie, Günzburg

25./26. März  
Elektrokardiographie, Erlangen

25./26. März  
Sonographie, München

15./16. April  
Sonographie, Kronach

16. April  
Innere Medizin, Oberammergau

22./23. April  
Elektrokardiographie, Bernried

27. April  
Dermatologie, München

28. bis 30. April  
Sonographie, München

29. April bis 1. Mai  
Elektrokardiographie, München

30. April/1. Mai  
Psychotherapie, Prien

## Innere Medizin

**Fortbildungsveranstaltung am 12. März 1983 in Hof**

Stadtkrankenhaus Hof, Medizinische Klinik

Leitung: Dr. K. Wette

Themen: Definition, Klassifikation und Pathologie der Kardiomyopathien — Klinisches Bild der dilatativen Kardiomyopathie — Therapie und Prognose der dilatativen Kardiomyopathie — Klinik und Therapie der obstruktiven Kardiomyopathie — Round-Table-Gespräch

Auskunft und Anmeldung:

Dr. K. Wette, Stadtkrankenhaus Hof, Eppenreuther Straße 9, 8670 Hof, Telefon (092 81) 97 31

## 5. Fortbildungsveranstaltung am 16. April 1983 in Oberammergau

Rheumaklinik Oberammergau

Leitung: Chefarzt Dr. H. J. Albrecht

Beginn: 9.30 Uhr — Ende ca. 14.00 Uhr

Ort: Mehrzweckhalle der Rheumaklinik Oberammergau

Thema: Psoriasis — Psoriasisarthritis

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. J. Albrecht, Rheumaklinik, 8103 Oberammergau, Telefon (08822) 1811

## Neurochirurgie

### Jahrestag Neurochirurgie am 23. März 1983 in Günzburg

Neurochirurgische Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus Günzburg

Chefärzt: Professor Dr. K. Schmidt

Beginn: 20.00 Uhr — Ende: 22.00 Uhr

Ort: Festsaal des Bezirkskrankenhauses Günzburg

Programm: Aneurysma, Neurochirurgie heute — ETAB-Indikationen, Ergebnisse, Perspektiven — Chronisches Subduralhämatom: Die schonende Entlastungsoperation über Kleeblatt-Trepanation in Lokalanästhesie, Methode und Ergebnisse — Computertomographie und Myelographie in der Diagnostik des lumbalen Bandscheibenvorfalles — Diagnostische und operative Fortschritte in der Neurochirurgie bei Wirbelsäulenverletzungen — Gesamtdiskussion

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. C. Potthoff, Geschäftsführender Oberarzt, Neurochirurgische Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus, 8870 Günzburg, Telefon (08221) 96442

## Plastische Chirurgie

### 6. Fortbildungsveranstaltung „Plastische und rekonstruktive Chirurgie der Hand“ Teil 1 am 16. März 1983 (Rekonstruktive Handchirurgie) und Teil 2 am 27. Juli 1983 (Akute Handchirurgie) in München

Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Vorstand: Professor Dr. U. Schmidt-Tintemann

Beginn: jeweils 18.00 Uhr

Ort: Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Anmeldung nicht erforderlich

Auskunft:

Privatdozent Dr. E. Biemer, Telefon (089) 4140-2174

## Psychotherapie

### Fortbildungswoche am 30. April/1. Mai 1983 in Prien

Klinik St. Irmingard, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Prien

Leitung: Chefarzt Dr. R. Lecheuer

Beginn: jeweils 9.00 — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Thema: Arzt-Patient-Beziehung — Belint-Gruppenarbeit (Vorkenntnisse sind nicht erforderlich)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahmegebühr: DM 50,—

Letzter Anmeldetermin: 20. April 1983 (Posteingang)

## Sonographie

### Fortbildungsseminar I (Anfänger) am 11./12. März 1983 und Fortbildungsseminar II (Fortgeschrittene) am 25./26. März 1983 in München

Leitung: Dr. H. Kremer, Dr. G. Fueßl

Medizinische Poliklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. N. Zöllner

Teilnahmegebühr: pro Seminar DM 180,— für niedergelassene Ärzte und Oberärzte; DM 130,— für Assistenzärzte

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Kremer, Dr. F. Fueßl, Medizinische Poliklinik der Universität München, Pettenkolerstraße 8a, 8000 München 2, Telefon (089) 5160-3549

### Grundkurs „Abdominelle Sonographie“ vom 14. bis 18. März 1983 in Würzburg

### Fortgeschrittenenkurs vom 10. bis 12. März 1983 in Würzburg

— Nur für Absolventen früherer Grundkurse —

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. K. Wilms

Beginn: 14. März 1983, 8.30 Uhr; 10. März 1983, 13.30 Uhr

Teilnahmegebühr: DM 250,— (Grundkurs); DM 150,— (Fortgeschrittenenkurs)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. W. Koch, Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 311

### Fortgeschrittenenkurs für Ultraschalldiagnostik (Realtime) der inneren Medizin am 15./16. April 1983 in Kronach

Leitung: Dr. E. Farrenkopf

Kreiskrankenhaus, Innere Abteilung, Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: 17.30 Uhr; Samstag 12.00 Uhr

Programm: Sonographie aus klinischer Sicht (ausgewählte Fallbeispiele) — Geräte: Qualitätsforderung/Trends — Leber, Galle, Gallenwege — Niere und ableitende Harnwege — Abdomen, Thorax — Pankreas — Oberbauchgefäße — Schilddrüse — Notfalluntersuchungen — Ultraschalldoppleruntersuchung — Praktische Übungen, Video-Diskussionen, Film über Kernspin-Tomographie

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 130,— Kto. Nr. 359678 Volksbank Kronach (BLZ 77191900), Vermerk: „Ultraschallkurs“

Auskunft und Anmeldung:

Frau Bernschneider, Kreiskrankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Telefon (09261) 966-235

### 2. Seminar für Sonographie (Aufbeukurs) (Abdominelle Organe) bestehend aus zwei Teilen:

Teil A am 18./19. März 1983 und Teil B vom 28. bis 30. April 1983 in München

### Wochenendseminar zur Weiterbildung in der abdominalen Sonographie am 16./17. September 1983 in München

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Stiftsklinik Augustinum, München

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Teilnahmegebühr: Seminar (Teil A und B) insgesamt DM 160,—; Weiterbildungswochenende DM 80,—

Letzter Anmeldetermin: Seminar: 8. März 1983 (Posteingang); Weiterbildungswochenende: 6. September 1983 (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

## Urologie

### 3. Fortbildungstagung der niederbayerischen Urologen am 19. März 1983 in Grefenau

Leitung: Dr. E. Niedermeler

Theme: Prostataerkrankungen

Ort: Steigenberger Hotel „Sonnenhof“, Grefenau

Auskunft und Anmeldung:

Dr. E. Niedermeler, Rathausgasse 5, 8352 Grefenau, Telefon (08552) 2400

### Was die Gesundheitspolitik braucht: Konzepte – nicht Rezepte

Freilich, jedes Rezept folgt der Konzeption der Therapie. Wo es am Konzept fehlt, wird symptomatisch behandelt. Liegt es am relativ häufigen Wechsel politischer Therapeuten, liegt es am schnellen Wandel der Konstellationen, politische Eingriffe scheinen oft recht vordergründig nach einem spektakulären Erfolg zu trachten, ohne im Grunde zu kurieren.

Prinzipien verließ das Thema „Mehr Stabilität im Gesundheitswesen“ mit dem Bundesarbeits- und Sozialminister Dr. Norbert Blüm zum Gesundheitspolitischen Arbeitskreis der CSU Oberbayern nach München reisen wollte. In letzter Minute wurde es jedoch wichtiger, an jenem letzten Januar-Wochenende in Bonn Auswege aus der Stahlmisere zu suchen. So hatte der beamtete Staatssekretär im Blüm-Ministerium, Manfred Baden, noch in der Nacht vor dem Abflug einen eigenen Text zu entwerfen, mit dem er als Legat, aber eben nicht als Interpret seines Chefs anreiste. Freilich ist in dieser Kürze keine fundamentale Aussage über „Neue Strukturen in der Gesundheitspolitik“ zu formulieren, das Thema, das Oberbayerns Arbeitskreisvorsitzender Dr. Helmut Zedelmaier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Motto über jenen Samstagvormittag gesetzt hatte.

So manche wertvolle Anregung für die dringend notwendige programmatische Diskussion klang wohl an, so als Zedelmaier die Frage stellte, in welchen Kategorien man wohl denke, wenn einerseits von etwa 25 000 Herzoperations-Patienten nur rund zehntausend im Jahr behandelt werden könnten – die Operation zu 15 000 bis 20 000 DM –, und da werde es andererseits zum Problem hochstilisiert, ob wohl die Kosten für ein Schnupfenmittel noch von der Kasse übernommen werden könnten oder nicht.

Dr. Hartwig Holzgartner, Arbeitskreis-Landesvorsitzender, kritisierte nicht nur als Arzt, sondern auch für andere Heilberufe undurchdachte Gesetze, die die Basis unter anderem mit noch mehr und natürlich unbezahlter Bürokratie belasten, eine Anregung, die

natürlich auch für Blüm gedacht war, so aber unterging, indes aufgeschoben, nicht aber aufgehoben.

An die Wurzel der Fehlentwicklung ging Professor Dr. Ph. Herder-Dorneich, unter anderem Direktor des Forschungsinstituts für Einkommenspolitik und Soziale Sicherung an der Universität zu Köln. Er kritisierte das Angebot sozialer Leistungen durch die Politiker, die aber tatsächlich die Sozialversicherungen zu bezahlen hätten.

Daraufhin habe der einzelne natürlich Kostensteigerungen hinzunehmen und zu finanzieren. Das wiederum fördert sein Anspruchsdenken. Daraufhin klettern die Kosten weiter. Eine unheilvolle Spirale durch Fehlsteuerung. Herder-Dorneich sieht einen Ausweg nur in der Anwendung ordnungspolitischer Kategorien auf die Organisation des Sozialstaats, um sie schlüssig zu machen im subtilen Eingriff in Systeme.

Für die ordnungspolitischen Grundsätze der Union „Soviel Staat wie nötig und soviel Selbstbestimmung, Selbstverwaltung und freie Marktwirtschaft wie möglich“ als Leitgedanken für die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung setzte sich Professor Dr. Fritz Beske, Vorsitzender des Bundesfachausschusses für Gesundheitspolitik der CDU, ein.

Auch in diesem kostenträchtigen Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit rund dreißig Prozent an ihren Ausgaben liegt nach Beske der Fehler nicht etwa bei den Ärzten, sondern im System. Inzwischen seien mehr als 50 000 Krankenhausbetten in der Bundesrepublik überflüssig und habe das Defizit der Krankenhäuser im letzten Jahr rund eine Milliarde DM ausgemacht.

Dr. Kurt Falthäuser, gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Bundestagsfraktion, bestand erneut auf der Einführung einer Direktbeteiligung in der Krankenversicherung als Steuerungselement. Staatssekretär Baden war auf alle jene substantiellen Kritiken an der Struktur eben nicht eingestellt und stellte daher Gedanken über Einzelerschlungen im Gesundheitswesen an.

Horst Beloch, München

## Staatsfinanziers

Unter dem Berg von Drucksachen, die die Schreibtische der Abgeordneten aller Parlamente zu Wolkenkratzerlandschaften machen, muß eine herausgezogen und zum Brevier der Volksvertreter werden: Der Tarifbericht auf der Grundlage des Einkommensteuertarifs, den der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen dem Vorsitzenden des Finanzausschusses des Deutschen Bundestages vorgelegt hat.

Aus den 19 Seiten mit fünf Anlagen nur eine Kostprobe:

16 Prozent der Steuerpflichtigen zahlen gar keine, 39 Prozent mit einem steuerpflichtigen Einkommen von 18 000 DM jährlich, Verheiratete 36 000 DM, ihre Steuer in der unteren Proportionalzone. 44,6 Prozent stecken in der Progressionszone, aufgesetzt auf die untere Proportionalzone mit einem Jahreseinkommen bis zu 129 999 DM, Verheiratete 259 999 DM. 0,4 Prozent sind mit einem Einkommen darüber hinaus in der oberen Proportionalzone einheitlich mit einem Satz von 56 Prozent besteuert.

Aber: Zum Einkommensteueraufkommen tragen die Steuerpflichtigen in der unteren Proportionalzone lediglich zu 14,7 Prozent, die in der Progressionszone zu 68,9 Prozent und die in der oberen Proportionalzone zu 16,4 Prozent bei.

Also: Von je eintausend Steuerpflichtigen kommen vier für das 41fache, 446 nur für das 1,54fache, 390 lediglich für das 0,37fache ihres Anteils an allem Steuerpflichtigen auf, und 160 oder 40mal soviel wie die Spitzengeschröpften tragen keinen Pfennig zum Steueraufkommen bei.

Sprech da jemand von Steuererechtigkeit? Prosper

## Kurz über Geld

LANGFRISTIGE VEREINBARUNGEN über Hypotheken sind in dieser Periode relativ niedriger Zinsen ratsam. STURMSCHÄDEN AM AUTO sind durch die Teil- wie die Vollkaskoversicherung mitversichert.

BAUPREISSTEIGERUNGEN bis Jahresende um fünf bis sechs Prozent zu erwarten.

EINE QUELLENSTEUER in Höhe von 20 Prozent beabsichtigt Österreich auf alle Spareinlagen wie Wertpapiern anlegen zu erheben.

# Nutzen Sie die Erfahrung Ihres Berufsverbandes Niederlassungsseminare

Verband der  
niedergelassenen Ärzte  
Deutschlands (NAV) e.V.



**REGENSBURG**  
12.3.1983

**MÜNCHEN**  
19.3.1983

**LANDSHUT**  
26.3.1983

**AUGSBURG**  
9.4.1983

Beginn: jeweils 9.00 Uhr

Ende: jeweils ca. 17.00 Uhr

Speziell mit diesem Problemkreis vertraute und fachlich qualifizierte Referenten sprechen:

§ **Formalitäten und vertragliche Voraussetzungen**  
Anmeldung, Zulassung, Ermächtigung, Miet-, Übernahme-, Gemeinschaftsverträge

§ **Kostenplanung und Finanzierung**  
Ertragsersparung, Liquidität, Steuerplanung, Leasing, Analyse der Marktangebote

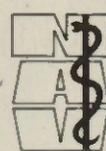
§ **Räumliche Planung und Ablauforganisation**  
Grundriß, Einrichtung, apparative Ausstattung, Verwaltung

⚡ **Absicherung der existenzbedrohenden Risiken**  
Berufständische Versorgung und private Versicherungen: Bedingungen und Kosten

● **Spezielle Serviceleistungen für Mitglieder**

Nach jedem Referat Gelegenheit für Fragen

## Organisation:

 **NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH**  
Büro Regensburg  
Tel. 09 41/5 23 57

## Mit Sicherheit Ihr bester Partner:

Denn der NAV-Wirtschaftsdienst ist vom Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V. speziell für Ärzte gegründet worden. –  
Von Ärzten für Ärzte.

## Anmeldung für \_\_\_\_\_ Personen

- REGENSBURG  
12.3.1983
- MÜNCHEN  
19.3.1983
- LANDSHUT  
26.3.1983
- AUGSBURG  
9.4.1983

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Einladungen mit dem ausführlichen Programm werden daher nach der Reihenfolge des Eingangs der Antwort-Coupons versandt. Die Teilnahmegebühr beträgt je Person DM 40,- für NAV-Mitglieder und deren Begleitung bzw. DM 90,- für Nichtmitglieder und deren Begleitung.



Einsenden an:  
NAV-Wirtschaftsdienst Büro Ostbayern  
8400 Regensburg, Hinter der Grieb 9

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

- NAV-Mitglied
- noch nicht NAV-Mitglied
- Erbitten Aufnahmeantrag

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Dezember 1982 \*)

(Zusammangestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Deutlich sank im Dezember die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen, nämlich von durchschnittlich 79 Fällen im November auf 42 je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Auch an Virushepatitis er-

krankten im Dezember weniger Menschen, und zwar 31 je 100 000 Einwohner gegenüber 41 im November. Der Rückgang betraf aber nur Hepatitis-A-Erkrankungen.

Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis wurden im Dezember in ähnlicher Anzahl wie im Vormonat berichtet. Die auf 100 000 Einwohner bezogene Erkrankungsziffer betrug in beiden Monaten sechs Fälle.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. November 1982 bis 2. Januar 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		Übrige Formen		Salmonellose		Übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis a		nicht bestimm- bere und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1	2	3	4	5	6	7	8	9									
Oberbayern	4	1	1	—	5	—	4	—	131	—	29	—	43	—	44	1	23	—
Niederbayern	5	—	1	—	—	—	1	—	40	—	9	—	21	—	5	1	4	—
Oberpfalz	—	—	1	—	2	—	3	—	40	—	5	—	3	—	3	—	2	—
Oberfranken	1	—	2	—	—	—	10	—	32	—	20	—	11	—	10	—	1	—
Mittelfranken	—	—	6	—	2	—	2	—	95	1	21	—	24	—	23	1	7	—
Unterfranken	3	—	5	—	—	—	3	—	38	—	14	—	13	—	11	—	8	—
Schwaben	1	1	1	—	—	—	4	—	66	—	2	—	46	—	21	1	3	—
Bayern	14	2	17	—	9	—	27	—	442	1	100	—	161	—	117	4	48	—
Vormonat	7	2	17	3	6	—	20	—	664	3	79	—	224	2	95	1	29	1
München	—	—	1	—	2	—	—	—	33	—	17	—	24	—	24	—	9	—
Nürnberg	—	—	3	—	—	—	—	—	16	1	3	—	12	—	9	—	3	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	3	—	14	—	—	—	15	—	4	—	3	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	3	—	1	—	1	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	4	—	2	—	2	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	5	—	3	—	4	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Botulismus		Ornithose		Angeb. Toxoplas-mose 1)		Q-Fieber		Anaerobe Wundinfektion		Tollwut-ver-decht 2)		
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St			
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										
Oberbayern	2	—	2	—	35	—	10	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	1	1	—	36
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	1	—	—	1
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Oberfranken	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mittelfranken	—	—	2	—	6	—	1	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7
Unterfranken	—	—	—	—	2	—	3	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
Schwaben	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	47
Bayern	2	—	5	—	51	—	15	—	4	—	5	—	7	—	2	—	3	2	1	—	105
Vormonat	1	—	—	—	39	—	8	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	50
München	1	—	2	—	12	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1

Hinzu kommt noch ein Erkrankungsfall an Brucellose in Oberbayern.

\*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle.

St = Sterbefälle.

Über Erkrankungen an Tuberkulose — ebenfalls nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig — wird gesondert berichtet (jährlicher Bericht „Die Tuberkulose in Bayern“).

1) Enteritis infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

2) Tollwutverdacht: Varietung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

## Schnell informiert

### Verband der Ruhegeldempfänger der Bayerischen Ärzterversorgung

Dr. Rudolf Syller, Chirurg, Hermennstraße 7, 8900 Augsburg, gab im Dezember 1982 aus Altersgründen den Vorsitz beim Verband der Ruhegeldempfänger der Bayerischen Ärzterversorgung ab. Er hat den Verband zehn Jahre lang geleitet. In Würdigung seiner Verdienste wurde er einstimmig zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Als neuer Vorsitzender stellte sich Dr. Gottfried Unmann, Internist, Maximilianstraße 14, 8900 Augsburg, zur Verfügung.

### Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit der Feststellung von Alkohol im Blut (GOÄ neu)

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat sich an die Präsiden der bayerischen Polizei, das Bayerische Landeskriminalamt, an die Regierungen und an die Staatlichen Gesundheitsämter gewandt, um die Vergütung für Blutentnahmen, die ab 1. Januar 1983 durchgeführt werden, neu zu regeln.

Danach werden die mit der Blutentnahme zur Feststellung von Alkohol im Blut zusammenhängenden ärztlichen Leistungen entsprechend den einfachen Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – vom 12. November 1982 vergütet.

Während der Sprechstunde kommen dabei folgende Nummern des Gebührenverzeichnisses in Betracht: Nr. 2, 16, 65, 250. Außerhalb der Sprechstunde kommt dazu noch die Nummer 3, 4 bzw. 4 a.

Außerhalb der Behandlungs- und Wohnräume des Arztes kommen in Frage

- e) bei Tage die Nummern 250, 65, 16, 6, 6 e und 8,
- b) bei Nacht die Nummern 250, 65, 16, 7 und 7 e.

Bei der Untersuchung und Beratung mehrerer Personen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang anlässlich eines Besuchs sind für die zweite Person die Leistungen nach den Nummern 6, 6 e, 7, 7 e oder 8 des Gebührenverzeichnisses mit der Hälfte der Gebühr berechnungsfähig; für jede weitere Person darf der Besuch nur mit der Hälfte der Gebühr nach Nummer 5 berechnet werden (Abschnitt B I b des Gebührenverzeichnisses).

Für die Blutentnahme bei Leichen kommen folgende Leistungen in Frage

- e) bei Tage die Nummern 46, 47, 5, 6 und 8,
- b) bei Nacht die Nummern 46, 47, 7, 7 a.

Dazu ist zu bemerken, daß die Leistungen 46 und 47 nebeneinander vergütet werden können.

Daneben können (§ 7 ff. GOÄ) Wegegeld und Reiseentschädigung beansprucht werden. Hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten:

#### e) Wegegeld

Das Wegegeld beträgt bei einer Entfernung bis zu 2 km zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle

bei Tage	DM 10,—
bei Nacht	DM 20,—

Bei einer Entfernung von mehr als 2 bis zu 25 km beträgt das Wegegeld für jeden zurückgelegten km

bei Tage	DM 2,50,
bei Nacht	DM 5,—.

Besucht der Arzt auf einem Wege mehrere Personen, so beträgt das Wegegeld je Person die Hälfte der genannten Beträge. Bei mehreren Personen in demselben Haus darf der Arzt das Wegegeld insgesamt nur einmal oder nur anteilig berechnen (§ 8 Abs. 2 GOÄ).

#### b) Reiseentschädigung

Als Reiseentschädigung erhält der Arzt bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 km zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle eine Reiseentschädigung nach Maßgabe des § 9 Abs. 2 GOÄ. Die Verweilgebühr je eingetragene halbe Stunde rechnet sich nach den Nummern 9 a und 9 b.

Der Arzt kann eine Verweilgebühr beanspruchen, wenn er aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, über die Zeit der ärztlichen Verrichtung hinaus länger als eine halbe Stunde bei dem gleichen Probanden verweilen muß und während dieser Zeit seiner gewöhnlichen Beschäftigung nicht nachgehen kann. Dies wird normalerweise nur dann gegeben sein, wenn eine zweite Blutentnahme vorzunehmen ist oder der Arzt wegen des Zustandes oder des Verhaltens des Probanden die Blutentnahme nicht unmittelbar nach seinem Eintreffen durchführen kann. Der Zeitaufwand für An- und Rückfahrt ist mit dem Wegegeld bzw. der Reiseentschädigung abgegolten.

Die Entschädigung für die eingehende Untersuchung, dem Befundbericht mit kurzem Gutachten und die Beratung können auch bei einer zweifachen Blutentnahme nur einmal berechnet werden. Dagegen kann die Gebühr für die Blutentnahme zweifach berechnet werden.

Ob Besuchsgebühr und Wegegeld zweifach berechnet werden können, richtet sich nach den jeweiligen Verhältnissen.

Für die Versorgung der durch die Venie entstandenen kleinen Wunde kann ein Verband im Sinne des Gebührenverzeichnisses (Abschnitt C I) nicht geltend gemacht werden.

Eine eingehende neurologische und psychiatrische Untersuchung wird im Zusammenhang mit der Blutentnahme nicht gefordert. Eine Berechnung gemäß Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses kann im Regelfall nicht anerkannt werden.

Die vorstehende Gebührenregelung gilt für die in Krankenhäusern tätigen Ärzte entsprechend, wobei folgende Besonderheiten zu beachten sind:

Wohnt der behandelnde Arzt im Krankenhaus oder ist er dort ständig beschäftigt, können bei der Blutentnahme im Krankenhaus Besuchsgebühren oder Wegegeld nicht berechnet werden, auch wenn der Arzt zu diesem Zweck seine Arbeitsstätte aufsuchen muß. Für Belegärzte in Krankenhäusern ist das Krankenhaus nicht als Arbeitsstätte im Sinne der Nummer 7.1 anzusehen.

Bei Blutentnahmen von Leichen gilt das Leichenhaus in einem Krankenhaus auch für die im Krankenhaus tätigen Ärzte nicht als Arbeitsstätte.

Mit den Gebühren für die ärztliche Leistung ist auch die Benützung der Einrichtung von Krankenhäusern abgegolten. Durch Vereinbarung ist sicherzustellen, daß etwaige Entgelte hierfür nicht von der Polizei geleistet werden müssen. Die Abrechnung hat nur mit einer Stelle oder Person zu erfolgen. Ab 1. Januar 1984 bedarf es solcher Vereinbarungen nicht mehr. Ab diesem Zeitpunkt gilt der Abgeltungsgrundsatz gemäß § 4 Abs. 3 Abs. 4 Satz 1 GOÄ auch für privatärztliche Leistungen im Krankenhaus (§ 14 Abs. 2 GOÄ).

Mit Zustimmung des Staatsministeriums des Innern können mit einzelnen Krankenhäusern oder Instituten schriftliche Vereinbarungen oder eine pauschale Vergütung der einzelnen Leistungen abgeschlossen werden.

## Therapeutika

### Somatostatln

Zusammensetzung: 1 Ampulle Somatostatln 3 mg enthält 3,19 – 3,85 mg Somatostatlnacetat entsprechend 3 mg Somatostatln als lyophilisierte Trockensubstanz. 1 Ampulle Somatostatln 250 µg enthält 266 – 321 µg Somatostatlnacetat entsprechend 250 µg Somatostatln sowie 10 mg Mannit.

Anwendungsgebiete: Schwere, akute gastroduodenale Ulkusblutung, schwere akute Blutung bei akuter erosiver bzw. hämorrhagischer Gastritis.

Gegenanzeigen: Schwangerschaft, peri- und postnatale Periode, Stillzeit.

Die Lösungen sind unmittelbar vor der Anwendung zuzubereiten.

Nebenwirkungen, Warnhinweis und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Hersteller: CuraMED Pharma GmbH, 7800 Freiburg

### Orudis®

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 100 mg Ketoprofen.

Anwendungsgebiete: Orudis 100 ist angezeigt bei Entzündungs- und Schmerzzuständen der Gelenke, Insbesondere bei: chronischer Polyarthritls (rheumatoide Arthritis), Spondylitis ankylopoetica (Bechterewsche Krankheit), akuten Reizzuständen bei degenerativen Gelenkerkrankungen (z. B. Arthrosen und Spondylarthrosen), Gicht, Neuralgien und Neuritiden wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbago, Ischias, Weichteilrheumatismus (z. B. Schliembeutelentzundung, Sehenscheidenentzundung), nichtrheumatischen entzündlichen Schmerzzuständen, Schmerzen während der Regelblutung (Dysmenorrhoe).

Nebenwirkungen: Orudis 100 kann bei besonders empfindlichen Patienten Störungen von selten des Magen-Darm-Kanals hervorrufen wie Magenschmerzen, Übelkeit, Durchfall oder, seltener, Verstopfung. Nebenwirkungen zentralnervöser Art wie Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit sind sehr selten. – Die meistens geringfügigen und vorübergehenden Erscheinungen erfordern nur in seltenen Fällen die Unterbrechung der Behandlung. Eventuell auftretende Hauterscheinungen (allergische Reaktionen) sind meist flüchtig und klingen nach Absetzen des Medikaments ab.

Gegenanzeigen, Art und Dauer der Anwendung: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierungsanleitung: Soweit nicht anders verordnet, gelten folgende Dosierungsempfehlungen: Einzeldosis: 1 Kapsel entsprechend 100 mg Ketoprofen. Tagesdosis 200 mg Ketoprofen: 1 Kapsel morgens und 1 Kapsel abends. Zu Behandlungsbeglnn und bei akuten Anfällen kann die Tagesdosis kurzfristig auf 300 mg Ketoprofen (3 Kapseln über den Tag verteilt) erhöhet werden.

Hersteller:

Rhône-Poulenc Pherme GmbH, 2000 Norderstedt

### Docldrezin®

Zusammensetzung: 1 Kapsel Docldrezin enthält: 60 mg 1- Iso-propylamino-3-(1-naphtyloxy)-propan-2-ol-hydrochlorid (Propranolol-HCl), 25 mg Hydralazinhydrochlorid, 2,5 mg Bendroflumethlezyd.

Indikation: Hoher Blutdruck.

Kontraindikationen: Manifeste Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, obstruktive Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis). Schock, akuter Myokardinfarkt, Bradykardie unter 50 Schläge/min, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamid- und Hydralazinuberempfindlichkeit, schwere zerebrale, kardiale und periphere Durchblutungsstörungen, therapieresistente Hypokaliämie und metabolische Azidose, Schwangerschaft und Stillzeit.

Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Im allgemeinen 1 Kapsel morgens. Falls erforderlich, kann die Dosis bis auf 2-3 Kapseln pro Tag erhöhet werden.

Hersteller: Rhein-Pharma, 6831 Plenkstedt

### Trenquit®

Zusammensetzung: Tranquit enthält in einem Dragee 20 mg Oxazolam.

Anwendungsgebiete: Zur Behandlung akuter und chronischer Angstzustände, bei denen folgende Symptome im Vordergrund stehen: Angst, Erregung, innere Unruhe, Spannungszustände.

Nebenwirkungen: Folgende bei Benzodiazepinen bekannte Nebenwirkungen können auftreten: Müdigkeit, Schiaftrigkeit, Mattigkeit, Schwindelgefühl, Benommenheit, Koordinationsstörungen, unerwünschte starke Sedierung, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit. – In besonderen Fällen können Appetitzunahme, Abnahme des geschlechtlichen Bedürfnisses und bei Frauen Störungen der Regelblutung beobachtet werden. Wie bei anderen Beruhigungs- und angstlösenden Mitteln können nach längerfristiger täglicher Anwendung von Tranquit bei plötzlichem Absetzen der Therapie Angst, Spannung und innere Unruhe verstärkt wieder auftreten. – Auf die Möglichkeit des Auftretens einer paradoxen Reaktion (Erregung statt Sedierung), die auch bei vergleichbaren sedativ wirkenden Medikamenten auftreten kann, wird hingewiesen. – Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungsstyps ist bei fortgesetzter Anwendung der Nutzen gegen das Risiko der Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen.

Gegenanzeigen, Warnhinweise, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Art und Dauer der Anwendung: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Tranquit soll grundsätzlich individuell dosiert werden. Soweit nicht anders verordnet, werden folgende Dosierungen empfohlen: 1-3x1 Dragee Trenquit (20 bis 60 mg Dxezolam täglich).

Hersteller: Chemische Fabrik Promonta GmbH, 2000 Hamburg 26

## Buchbesprechungen

### Möglichkeiten und Grenzen der Adipositas-therapie

Herausgeber: H. Ditschuneit/ J. G. Wechsler, 92 S., 85 Abb., 19 Tab., Leinen, DM 18,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Vorliegendes Buch enthält die Referate des 1. Ulmer Adipositas Symposiums. Nach biochemischen und pathophysiologischen Grundlagen wird Adipositas als eine über das normale Maß hinausgehende Speicherung von Triglyceriden im Fettgewebe definiert. Der Ursachen sind viele. Sicher jedoch ist das erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko des Adipösen. Heute stellt das ambulante durchgeführte totale bzw. modifizierte Fasten mit verhaltenstherapeutischer Betreuung die empfehlenswerte Adipositas-therapie dar. In 30 bis 40 Prozent der Fälle lassen sich hiermit echte Langzeiterfolge erzielen. Längerfristige Reduktionsdiäten vor bzw. nach dem Fasten vervollkommen eine moderne Adipositas-therapie. — Im vorliegenden Buch werden auch Außenseiterdiäten, medikamentöse und chirurgische Therapiemöglichkeiten ausführlich besprochen. Das Buch ist eine außerordentlich wichtige Lektüre für alle mit dem Problem der Adipositas Konfrontierten (und wer ist das nicht!), insbesondere Internisten und Allgemeinärzte.

Dr. med. W. Englert, Waldescheff

### Ergebnisse der Pädiatrischen Onkologie 5

Herausgeber: Prof. Dr. M. Hertl/Prof. Dr. B. Kornhuber/Prof. Dr. G. Landbeck, 228 S., 90 Abb., 87 Tab., kart., DM 54,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Es wurden Vorträge der Verhandlungen der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie e.V. und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und der Behandlung im Kindesalter e.V. wiedergegeben. Breiten Raum nehmen die akuten Leukämien und Non-Hodgkin-Lymphome ein, mit Berichten unter anderem über Studienergebnisse (Münchener-, Berliner- und COALL-Studie), die Initialtherapie bei extremer Leukose und psychische Aspekte bei der Strahlenbehandlung. Bei den embryonalen Tumoren werden auf das Neuroblastom, das Kleinhirnmulloblastom und den Wilms-Tumor eingegangen. Verschiedene Fachdisziplinen berichten über Ergebnisse der Behandlungen des Ewing-Sarkoms. Anschließend werden Probleme der Knochenmarkstransplantation unter verschiedenen Aspekten dargelegt.

Dr. med. E. Richter, Würzburg

### Unerwünschte Arzneimittelwirkungen am Auge

Herausgeber: Prof. Dr. O. Hockwin/Prof. Dr. H.-R. Koch, 255 S., 9 Abb., 31 Tab., Taschenb., DM 24,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart—New York.

Von den Autoren erschien 1977 ein Handbuch zum gleichen Thema. Das Taschenbuch bringt nun in kurzgefaßter Form die für den Augenarzt wichtigsten Fakten über Arzneimittel-unverträglichkeiten. Dazu werden die okulären und die allgemeinen Nebenwirkungen aufgelistet, die bei am Auge verordneten Medikamenten oder bei generell angewendeten Therapien auftreten können. Die gut gegliederte, übersichtliche Darstellung mit 31 Tabellen machen das Buch für Praktiker aller Gebiete sehr nützlich. Der besonders Interessierte freut sich über die ausführlichen Literaturangaben und ein Substanzenregister. Professor Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

### Chemotherapie maligner Erkrankungen

Herausgeber: Prof. Dr. K. Moser/Prof. Dr. A. Stacher, 308 S., Taschenb., DM 24,—. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Dieser mutig kurze Leitfaden enthält eine didaktisch hervorragend gestaltete Einführung in die Pathophysiologie maligner Tumoren sowie eine Darstellung aller derzeit klinisch relevanten Zytostatika, deren Profil lückenlos herausgearbeitet wird. Hierbei werden auch heiße Eisen nicht gescheut und etwa zu „Medikamenten ohne nachgewiesene therapeutische Wirkung“ Stellung genommen. Die im speziellen Teil nach Tumorarten geordneten zytostatischen Therapiekonzepte sind kurz und bündig dargestellt, wodurch ein orientierender Überblick über dieses, irrefühlich raschen Änderungen unterworfenen Gebiet ermöglicht wird.

Dr. med. M. Earczyk, Donaustauf

### Kosmos Anthropos

Entwürfe zu einer Philosophie des Leibes

Verf.: H. Schipperges, 484 S., Leinen, DM 140,—. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart.

Der bekannte Heidelberger Ordinarius für Medizingeschichte geht in diesem Buch den verborgenen Ansätzen zu einer Philosophie der Leiblichkeit nach. Er spürt diesem für Medizin und Philosophie gleichermaßen wichtigen Zentralbegriff in den Schriften des Paracelsus, in der Dichtung des Freiherrn von Hardenberg (Novalis) und dem Denken Friedrich Nietzsches nach. — In diesen drei Zeugen, die zunächst kurz biographisch vorgestellt werden, dann aber ausgiebig selbst zu Wort kommen, offenbart sich ein Reichtum der Gedanken und eine Fülle anthropologischer Erkenntnisse, daß dieses Buch (trotz seines Umfangs) jedem Arzt zur Lektüre empfohlen werden kann.

Dr. med. H. Piechowiak, München

### Die Behandlung der Verbrennungen

Herausgeber: Dr. G. Zellweger, 290 S., zahlr. Abb., Taschenb., DM 29,—. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Gegenüber anderen derartigen Lehrbüchern weist die vorliegende Verbrennungsfibel eine Gliederung auf, welche sich an den zeitlichen Phasen der Verbrennungskrankheit orientiert, so daß der behandelnde Arzt, gleich in welcher Funktion — ob als Notfallarzt, Klinikassistent, Chirurg oder Mitarbeiter von Verbrennungszentren —, in jeder Situation die exakte Anweisung erhält. Die ausführlichen tabellarischen Schemata der Lokalbehandlung erlauben den raschen Überblick, die spezielle Beschreibung ist dem Chirurgen gewidmet. Die besondere Anschaulichkeit und leicht faßbare Form der dargestellten Probleme wird durch eine informative Bebilderung vervollständigt.

Dr. med. F. Schmidtler, Burgheusen

### Bis die Nacht vergeht

Erfahrungen und Erkenntnisse eines Blinden

Verf.: Schah Mohammedi, 40 S., 7 ganzs. Fotos, brosch., DM 7,80. Herausgegeben vom Evangelischen Blindendienst Berlin. Verlag Union-Press Hass + Co., Berlin.

Jeder, der mit blinden oder behinderten Menschen umgeht, sollte diesen mit dem Förderpreis der Caritas ausgezeichneten Bericht lesen. Der Autor, selbst blind, weiß, wovon er spricht, wenn er von den vielfältigen Schwierigkeiten berichtet, mit denen ein Nichtsehender konfrontiert wird. — Eine Schrift, die nicht etwa Resignation oder Verbitterung ausstrahlt, sondern Angebot und Hilfe sein will.

### **Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Herausgeber: H. Harbauer/R. Lempp/G. Nissen/P. Strunk, 535 S., 54 Abb., 12 Tab., geb., DM 124,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das große Interesse und die Fortschritte auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie machten eine vierte Auflage notwendig. Fast alle Kapitel erfuhren Ergänzungen, einige wurden neu gefaßt, so vor allem die Beiträge über entwicklungspsychologische Aspekte, über die Störungen der Intelligenz, die Teilleistungsstörungen und den Suizid. Ferner wurden die durch die aktuelle Gesetzgebung der letzten Jahre veränderten rechtlichen Kapitel neu formuliert und die weiterführende Literatur ergänzt.

Das Buch erleichtert Studenten und Ärzten, aber auch allen Angehörigen von Nachbardisziplinen, die sich mit psychisch gestörten Kindern beschäftigen, den Zugang zu diesem Gebiet.

### **Das Recht auf Gesundheit**

Verfasser: Dr. E. Jung, 300 S., kart., DM 98,-. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München.

Diese Schrift enthält eine umfassende Darstellung des in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Gesundheitsrechts. Sie ist nach den drei Funktionsbereichen Wiederherstellung der Gesundheit, vorbeugender Gesundheitsschutz und Ausgleich für Dauerschäden aufgliedert. Dabei liegt der Schwerpunkt beim Arztrecht. — Ferner wird die historische Entwicklung des Gesundheitsrechts kurz dargelegt und Bezug genommen auf — im Wortlaut abgedruckte — einschlägige internationale Verlautbarungen.

### **Sportmedizin für Breiten- und Leistungssport**

Herausgeber: W. Kindermann/W. Hort, 565 S., 415 Abb. und Tab., geb., DM 86,-. Demeter Verlag, Gräfelfing.

Der Band umfaßt 83 Referate des Deutschen Sportärztekongresses in Saarbrücken, dessen besonderes Anliegen es war, die wechselseitigen Beziehungen zwischen Breiten- und Leistungssport herauszustellen und im Leistungssport beobachtete grundsätzliche Phänomene auf ihre Übertragbarkeit für den Breitensport zu überprüfen. Die Verlagerung der sportmedizinischen Forschungsschwerpunkte von der Herz-Kreislaufseite hin zum Stoffwechsel wird verdeutlicht durch die hohe Anzahl von Beiträgen über Metabolismus einschließlich des hormonellen Verhaltens bei akuter und chronischer Körperarbeit beim beschränkt belastbaren Patienten und beim Hochleistungssportler.

### **Naturgerechte physikalische Therapie**

Herausgeber: Dr. H. Weiers, 93 S., 14 Abb., kart., DM 18,-. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg.

Das Büchlein stellt die sogenannte „Bi-Oscillation“ als Elementarfunktion des Organismus vor. Daraus leitet der Autor Therapiegeräte ab, wie den Bioszillator, den Biosonor und den Hydrovibrator. Das Prinzip dabei ist, daß zwei interferierende Energiewellen erzeugt und appliziert werden, wobei im Organismus ein neues Schwingungsgleichgewicht induziert werden soll mit therapeutischer Wirkung auf erstaunlicherweise fast alle chronischen Erkrankungen. Die vorgestellten Erfolge sind fast zu schön, um wahr zu sein, so daß der Schulmediziner bei der „kunstgerechten“ physikalischen Therapie bleiben dürfte. Am ehesten dürfen sich die Homöopathen angesprochen fühlen, die ihre Therapiemöglichkeiten über Arzneimittel hinaus erweitern möchten.

Dr. med. K. Schöppner, Bad Steben

### **Des große Lexikon der Musik**

*Komponisten — Interpreten — Sachbegriffe (8 Bände)*

Herausgeber: M. Honegger/G. Massenkeil, Band 8: Stich — Zylls-Gara, 464 S., davon 40 S. mit z. T. vierfarb. Kunstdrucktafeln sowie zehrl. Abb. im Text, Leinen, DM 148,-. Verlag Herder, Freiburg—Basel—Wien.

Mit dem achten und damit letzten Band dieses Standardwerkes liegt ein Nachschlagewerk vor, dessen Lebendigkeit, Lesbarkeit, Aktualität und Zuverlässigkeit immer wieder erwähnt werden müssen. Dieses Lexikon basiert zwar auf dem französischen Werk „Dictionnaire de la Musique“ (Verlag Bordas, Paris), unter der Herausgeberschaft von Professor M. Honegger erschienen, entwickelte sich aber unter Professor G. Massenkeils Federführung zum völlig eigenständigen, für den deutschen Benutzer zugeschnittenen Werk. Insgesamt haben 521 namhafte Fachleute am Lexikon mitgearbeitet. Das achtbändige Lexikon bietet auf insgesamt 3830 Seiten über 12 000 Stichwörter. Etwa 7500 biographische und ca. 4500 Sachstichwörter findet der Benutzer in einem Alphabet. Dazu kommen Werkverzeichnisse, Zusammenstellungen von Ausgaben und von weiterführender Literatur. Im Zusammenhang mit den Sachstichwörtern ist besonders auf mehr als 600 Artikel über Opern, Operetten, Musicals hinzuweisen, die zum festen Bestand des heutigen Musiktheaters gehören. Besondere Beachtung verdient auch die Illustration der Bände.

### **Sächsisches Volkskunst**

Herausgeber: J. Just/ J. Karpinski, 316 S., davon 195 S. Tafelteil mit 133 farb. und 71 SW-Abb., Leinen, DM 98,-. Rosenheimer Verlagshaus Altfred Förg, Rosenheim.

Auf der Grundlage der reichen Bestände des Dresdner Volkskunstmuseums bietet dieser repräsentative Großbildband eine farbenfrohe und lebensvolle Gesamtschau volkskünstlerischer Betätigung in Sachsen, die vom bemalten Möbelstück über Hausrat und Werkzeug, Töpferwaren, Textilien und Schmuck, Spielzeug, Schnitzerei und Bastelarbeit bis hin zu graphischen Arbeiten reicht.

### **Unsere bayerischen Nothelfer**

Vert.: F. Meingast, 232 S., 16 Bilds., 17 Abb., DM 36,-. Ehrenwirth Verlag, München.

Seit Jahrhunderten nehmen Schutzpatrone und Nothelfer einen wichtigen Platz im Leben der Menschen, in ihrem Brauchtum, ihren Namensgebungen und künstlerischen Äußerungen ein. Der Autor erzählt in diesem Buch vom Leben der Heiligen und über ihre Tradition, wie sie sich in Bayern und Österreich so vielfältig ausgeprägt hat und heute noch überall gegenwärtig ist.

### **Fotoatlas der Vögel**

Herausgeber: J. Nicolai u. a., 300 S., 800 Naturfotos und Vogelzeichnungen, 400 Verbreitungskarten, Leinen, DM 88,-. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Ein Team von Vogelexperten hat in dreijähriger Arbeit dieses Bildsachbuch der Vögel Europas zusammengestellt, das auf neuesten ornithologischen Erkenntnissen basiert. Die Herausgeber führen dem Leser dieses Buches in einer leicht verständlichen Sprache die große Formenvielfalt der europäischen Vogelwelt, gleichzeitig aber auch die Einmaligkeit jeder Vogelart vor Augen und machen deutlich, wie unersetzlich die Vögel im Beziehungsgefüge der Lebewesen untereinander sind.

## Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

### April 1983

- 6.-9. **Berlin:** 100. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Elektrestraße 5, 8000 München 81.
- 7.-10. **Mannheim:** 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislaufforschung. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Herz- und Kreislaufforschung, Benekestraße 2, 6350 Bad Nauheim.
- 10.-14. **Wiesbaden:** 89. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Schwalbecher Straße 62, 6200 Wiesbaden.
- 11.-15. **Berlin:** Lehrgang über die Problematik der Staub- einwirkung. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 11.-12. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(in- nen). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80.
- 12.-15. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 15.-17. **Saalfelden:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 15.-16. **Kronech:** Fortgeschrittenenkurs für Ultraschall- diagnostik (Realtime) der Inneren Medizin. — Auskunft: Frau Bernschneider, Kreis Krankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach.
16. **Oberammergau:** 5. Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. J. Albrecht, Rheumeklinik, 8103 Oberammergau.
- 16.-17. **Grünwald:** Kurs in Neuroltherapie nach Huneke. — Auskunft: Internationale medizinische Gesellschaft für Neuroltherapie nach Huneke e.V., Eichelbach- straße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.

## VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



## NIEDERLASSUNGSSEMINAR

Nürnberg - Samstag - 19. März 1983

Meistersingerhalle, Nürnberg

Münchener Str. 21, Konferenzraum II

### Programm

Beginn 9.00 Uhr

Was ist vor der Niederlassung zu beachten - Standortwahl

Finanzierung und Praxisgründung

Die Risikoabsicherung der Finanzierung und der Praxis

Pause ca. 13.00 Uhr

Planung, Organisation von Praxen.

Steuerfragen der jungen Arztpraxis

Anschließend Besprechung von Einzelfragen

Ende ca. 16.00 Uhr

### Coupon

### ANMELDUNG

Beschränkter Teilnehmerkreis. Bitte sofort anmelden.

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE,  
Bayerische Versicherungskammer,  
Stiftsbogen 132, 8 München 70, Telefon 089/70 40 44,  
Frau Schulte-Rahde

Zur Teilnahme an dem Seminar am 19. März 1983 melde ich mich hiermit an:

mit Ehepartner

ohne Ehepartner

Name, Vorname

Straße

Fachrichtung

PLZ / Ort

Niederlassungszeitpunkt

Unterschrift

- 18.-17. **Hennef:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willech-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 18.-21. **Neuherberg:** Röntgenstrahlenschutzkurs für medizinische Assistenzberufe. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 18.-22. **Berlin:** Lehrgang über die Problematik der Lärmbelastigung. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 18.-30. **Lindau:** 33. Lindauer Psychotherapiewochen. — Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandoststraße 8/IV, 8000 München 2.
20. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinalklinikdirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
- 21.-23. **Würzburg:** Symposium der European Society über „Okuläre Hypertension“. — Auskunft: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 21.-24. **Bad Wörlishofen:** 37. Seminar Autogenes Training „Einführung und Erfahrungsaustausch“. — Auskunft: Kneipp-Bund e.V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörlishofen.
- 22.-24. **Bad Kissingen:** Neurootologisches Wochenendseminar. — Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft zur Erforschung von Geruchs-, Geschmack-, Gehör- und Gleichgewichtsstörungen e.V., Kurhausstraße 12, 8730 Bad Kissingen.
- 22.-24. **Hamburg:** Autogenes Training „Musik und Tanz als Weg aus der Angst“. — Auskunft: Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
- 22.-23. **Germisch-Partenkirchen:** 12. Tropenmedizinische Tagung der Österreichischen, Schweizerischen und Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft. — Auskunft: Dr. A. Haberkorn, Postfach 10 17 09, 5600 Wuppertal 1.
- 22.-24. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte. — Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
23. **Bad Tölz:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. H. Gelli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
- 25.-27. **München:** 27. Münchener Ophthalmologen-Praktikum. — Auskunft: Privatdozent Dr. M. Mertz, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80.
25. 4.-6. 5. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs B 1. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
28. **Bad Dürkheim:** Kurs in Neuroltherapie nach Huneke. — Auskunft: Internationale medizinische Gesellschaft für Neuroltherapie nach Huneke e.V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Knelebis.
27. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 27.-29. **München:** 28. Münchener Ophthalmologen-Praktikum. — Auskunft: Privatdozent Dr. P. Roggenkämper, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80.
- 28.-29. **München:** 14. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae. — Auskunft: Professor Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.
- 28.-30. **München:** 2. Seminar für Sonographie (Teil B). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
29. 4.-1. 5. **München:** Fortbildungsseminar in praktischer Elektrokardiographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
30. **Königstein:** Symposium für Anästhesie und Schmerztherapie. — Auskunft: Dr. T. Flöter, Rossmarkt 23, 6000 Frankfurt 1.
30. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Frau Klockow, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
30. 4.-1. 5. **Prien:** Fortbildungswoche „Psychotherapie“. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sawering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sawering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 17 71, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlas-prass. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburg Straße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126



## Städtisches Krankenhaus

In der  
Inneren Abteilung (64 Betten)

unseres Hauses ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle des

### Oberarztes

zu besetzen.

Die Abteilung bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten auf allen Gebieten der Inneren Medizin (Laparoskopie, Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Peritonealdialyse, operative Überwachung und Elektrotherapie des Herzens, Interne Röntgendiagnostik). Ein leistungsfähiges Labor mit guter apparativer Ausstattung ist der Abteilung angegliedert.

Die Vergütung erfolgt tarifgerecht gemäß BAT mit Rufbereitschaftsvergütung. Ein Appartement kann zur Verfügung gestellt werden.

Die **Kreisstadt Pfaffenhofen a. d. Ilm** (ca. 15 000 Einwohner) mit reizvoller Umgebung liegt verkehrsgünstig an der Bahn- und Autobahnlinie, 45 km nördlich von München. Alle Schulen am Ort.

Bewerbungen erbitten wir an

Herrn Chefarzt Dr. med. Maier, Städtisches Krankenhaus,  
Ingolstädter Straße 28, 8068 Pfaffenhofen a. d. Ilm,  
Telefon (0 84 41) 40 77 oder privat Telefon (0 84 41) 20 69.

## LAND-KREIS Freyung-Grafenau



Der Landkreis Freyung-Grafenau sucht für seine zentrale regionale Anästhesieabteilung zum nächstmöglichen Termin einen

### Arzt für Anästhesie

bzw. einen

### Assistenzarzt

im letzten Weiterbildungsjahr

Versorgt werden die Kreiskrankenhäuser Freyung, Grafenau und Waldkirchen mit breitem anästhesiologischen Spektrum. Betreut werden Chirurgie mit Unfallchirurgie, große Bauchchirurgie, Gefäßchirurgie und orthopädische Chirurgie sowie Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO und Urologie. Der Anästhesieabteilung untersteht die Leitung der interdisziplinären Intensivpflegestation mit 10 Betten. Sämtliche modernen Narkosemethoden werden durchgeführt, wobei die Regionalanästhesie einen hohen Anteil ausmacht.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit den im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft werden extra vergütet.

Die Städte Freyung, Grafenau und Waldkraiburg liegen im Bayerischen Wald mit hohem Freizeitwert (Halfenbäder, Reitschule, Skilifte). Alle weiterführenden Schulen sind an den jeweiligen Orten vorhanden, die Entfernung zur Universitätsstadt Passau liegt bei ca. 30 km.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Krankenhausverwaltung Freyung, 8393 Freyung, Tel. (0 85 51) 491

Für das

### Kreiskrankenhaus Auerbach/Opf.

werden zum 1. Mai 1983 gesucht:

## 1 Oberarzt

für die Innere Abteilung (40 Betten)

Vergütung nach Verg.-Gr. I b BAT. Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaftsdienst werden pauschal abgegolten. Beteiligung an den Liquidationserlösen.

## 1 Assistenzarzt

für die Chir. Abteilung (40 Betten)

Der leitende Arzt ist für 1 Jahr zur Weiterbildung ermächtigt. Die Vergütung erfolgt nach BAT.

**Auerbach** liegt verkehrsgünstig in Autobahnnahe und besitzt eine landschaftlich reizvolle Umgebung (Fränkische Schweiz, Fichtelgebirge).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, begl. Zeugnisebschriften) sind erbeten an das

Personalamt des Landkreises  
Amberg-Sulzbach · Postfach 1754,  
8450 Amberg

Fernmündliche Anfragen unter (0 96 43) 14 03.

### Privatnervenklinik Gauting bei München

● Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie. Alle Kassen. Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt  
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51  
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

### Wegen Umbau günstig abzugeben

Kurzfristig verschiedene Mustergruppen aus unserer Ausstellung. Zum Beispiel eine Rezeption, Organisation, Behandlungsraum.

**bulthaupt**  
medicine

Die Gute Form Köbrich KG,  
Ludwigstraße 8, 8000 München 22,  
Tel. (0 89) 28 84 37, Frau Still, Herr Lörke.

Deutsches Arztepaar, Ärzte für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Bedarzt, mit 2 Kindern sucht im 3. oder 4. Quartal 1983, ggf. auch später,

### Niederlassungsmöglichkeit

(Obernahme/Assoziation, Landpraxis) im Ober/Westallgäu oder Umgebung. Anfragen unter Chiffre 2064/81.



## LANDKREIS MÜNCHEN

Am Kreis Krankenhaus München-Perlach, einem Krankenhaus der ersten Versorgungstufe (Grundversorgung) des Landkreises München im Südosten der Landeshauptstadt mit insgesamt 180 Planbetten und 3 Fachabteilungen, ist wegen Eintritt des derzeitigen Stelleninhabers in den Ruhestand zum 1. 2. 1984 die Stelle das

### Chefarztes

der Medizinischen Abteilung

zu besetzen.

Es handelt sich um eine über 100 Planbetten verfügende Abteilung für allgemeine Innere Medizin. Daneben besteht im Krankenhaus eine Chirurgische Abteilung mit 80 Planbetten sowie eine selbständige Abteilung für Anästhesie.

In der Medizinischen Abteilung sind Endoskopie, Ultraschalldiagnostik, kardiologische Funktionsdiagnostik und Lungenfunktionsdiagnostik integriert. Der Abteilung sind ferner die interdisziplinäre intensivbehandlungseinheit, das klinische Labor und die allgemeine Röntgendiagnostik organisatorisch zugeordnet.

Gesucht wird eine qualifizierte Persönlichkeit mit umfassenden Kenntnissen in der allgemeinen Inneren Medizin sowie einer längeren internistisch-klinischen Tätigkeit. Besonderer Wert wird auf die Bereitschaft zu einer guten Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen des Krankenhauses gelegt. Außerdem wird eine Mitarbeit am gemeinsamen Notarzdienst der Landeshauptstadt München und des Landkreises München, an dem das Kreis Krankenhaus München-Perlach maßgebend beteiligt ist, sowie an der kreiseigenen Krankenpflegeschule vorausgesetzt.

Die Anstellung erfolgt im bürgerlich-rechtlichen Vertragsverhältnis, das neben einer Vergütung nach der jeweils höchsten Vergütungsgruppe für angestellte Ärzte in Krankenanstalten und einem Beitrag des Arbeitgebers zur Alters- und Hinterbliebenenversorgung ein Liquidationsrecht für Privatpatienten sowie die Erlaubnis zur Ausübung von Nebentätigkeiten vorsieht.

Der Chefarzt muß seinen Wohnsitz in der Stadt oder im Landkreis München oder in nächster Umgebung nehmen bzw. behalten.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbungsunterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Übersicht über den beruflichen Werdegang, beglaubigte Abschriften der Urkunden über Approbation und die Anerkennung als Internist, Zeugnisabschriften und Nachweise über die bisherige Tätigkeit) bis spätestens 31. 5. 1983 einzureichen an

Landrat Dr. J. Gillesaen, Landratsamt München,  
Mariahilfplatz 17 a, 8000 München 95

Persönliche Vorstellung nur auf Einladung.

### Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie

sucht Nachfolger für alteingeführte Praxis in Südbayern zu günstigen Bedingungen. Anfragen unter Chiffre 2064/50.

### Laborärztin

mit Zusatzbezeichnung **Transfusionsmedizin**, seit 7 Jahren Leiterin (Geschäftsführerin, verantwortliche Herstellungs- und Kontrolleurin) eines Blutspende-Instituts mit umfangreicher Plasmaphorese-Abteilung in München (50 Mitarbeiter) sucht neue Stelle im Münchner Raum, da Stilllegung des Betriebes für Mitte 1983 durch übergeordnete Entscheidung der Muttergesellschaft beschlossen wurde.

Aufgrund vielseitiger früherer Tätigkeiten (Hygiene-Institut, spez. Mikrobiologie, phys.-chem. Institut, Kliniklabor an Schwerpunkt-Krankenhaus) breite fachliche Basis gegeben. Daher große Flexibilität bezüglich zukünftigem Arbeitsgebiet.

Anfragen unter Chiffre 2064/78.

Junger, deutscher Orthopäde mit guten unfallchirurgischen und sportmedizinischen Kenntnissen sucht zusammen mit Ehefrau (Anästhesistin, Schmerztherapie)

### Orthopädie-Praxisübernahme bzw. Neugründung

zum Frühjahr 1984. Anfragen unter Chiffre 2064/94.

### Orthopäde

mit solider operativer Ausbildung, physikalische Therapie, Sportmedizin sucht Assoziation oder Praxisübernahme im süddeutschen Raum, bevorzugt mit operativer Tätigkeit.

Anfragen unter Chiffre 2064/93.

### Anzeigenschluß für die April-Ausgabe Ist der 9. März 1983

Ärztin, 40 Jahre, approbiert 1970, internistische Klinik erfahrung, sucht

### Halbtagsstelle

In Krankenhaus oder Praxis in Erlangen und östl. Umgebung.

Anfragen unter Chiffre 2064/86.

Im Südost-Bayer. Raum wird für das Mikrobiologische Fachlabor eines medizinischen Laboratoriums

### Mikrobiologe/in gesucht

Weiterbildung in Klinischer Chemie möglich. Anstellungs- bzw. Arbeitsbedingungen sind offen und können frei vereinbart werden.

Anfragen unter Chiffre 2064/87.

2 Internisten/Kardiologie mit langjähriger Erfahrung, suchen **Übernahme** einer größeren

### intern. (Stadt)-Praxis

Im Raum Oberbayern/Schwaben. Vorherige Mitarbeit möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/84.

Suche im Großraum München

### Weiterbildungsstelle in Allgemeinpraxis

(Ausbildung in Chirurgie, Urologie, innere Medizin) ab 1. 4. 1983 oder später. Telefon (0 89) 14 12 657 oder Chiffre 2064/96.

### Hautarzt oder Augenarzt

Praxisräume (180 qm), in Hof/Saele (Oberfranken) langfristig zu vermieten. Im Erdgeschoß eines denkmalgeschützten Hauses in zentraler Lage können diese Räume noch frei mitgestaltet werden. Zahlreiche praktische Ärzte/Allgemeinmediziner und Internisten sind in der Nähe. Genügend Parkplätze sind vorhanden. Stadt und Landkreis Hof haben einen Einzugsbereich von 160 000 Einwohnern. Hof (55 000 Einwohner) ist eine Stadt mit hohem Freizeitwert und allen weiterführenden Schulen.

Anfragen unter Chiffre 2064/99.

### Praxisräume 8340 Pfarrkirchen (Kreisstadt)

85 qm (4 1/2 Zimmer) + Kellerraum, 2. OG, bezugsfertig November 1983, Planungswünsche möglich, besonders geeignet für Hautarzt (Zahnarzt, Internist-Allgemeinmediziner, Lebensmittelmarkt im Haus).

Telefon (0 85 61) 42 44 oder 15 54.

### Kleine Landarztpraxis

in Nordost-Bayern nahtlos sofort abzugeben. Arzt-/Wohnhaus muß erworben werden.

Anfragen unter Chiffre 2064/61.

### Praxisräume

ca. 160 qm, 1. Etage, Ortsmitte, geeignet als Doppelpraxis, jedoch auch in zwei Objekte aufteilbar. Raumaufteilung und Ausstattung nach Wünschen des Mieters noch möglich. Ab 1. 5. 1983 langfristig zu vermieten. Telefon (08 21) 60 22 96.

### Ausgefallenes Südhang-Baugrundstück

3000 qm, idyllisch gelegen im Herzen der Fränkischen Schweiz. Prachtige Aussicht, alter Baumbestand, Nähe größerer Felsengruppe. Lage Praxis geeignet. DM 140 000,- und Erschließungskosten.

Anfragen unter Chiffre 2064/86.